Le Progrès Médical

1891

PREMIER SEMESTRE

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

DIX-HUITIÈME ANNÉE

TOME XIII (2e série). — 1891

Illustré de 38 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CAPUS (G.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE (P.), MAUNOURY (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PILLIET (A.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAOULT (A.), RAYMOND (E.), REGNARD (P.), RENAUT (J.), REVERDIN (de Genève), RICHER (P.), ROUSSELET (A.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TARNIER, TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TERRILLON, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Bailliot, Bazy, Belval, Bernheim, Bitot, Blaise, Blocq, Boiffin, Cathelineau, J.-B. Charcot, Dagonet, Delagénière (H.), Demmler, Du Pasquier, Edwards-Pilliet (M.), Eperon, Guinon (G.), Guinon (L.), Isambard, Isch-Wall, Jaquet, Jonnesco, Journiac, Kœnig, Lamy, Manouvrier, Marconnet, Marie, Martha, Meige, Morax, Péraire, Plicque, Pujol, Raichline, P. Raymond, Redard, Regnier (L.-R.), Rollet (E.), Roubinovitch, Sérieux, Sorel, Souques, Trolard, Voûte.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14, RUE DES CARMES, 14.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 1. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 3 JANVIER 1891

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Hospice des Enfants-Assistés. — **M. SEVESTRE.**

La Rougeole à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Leçon recueillie par **L. GUINON**, ancien interne des hôpitaux.

Sommaire. — L'Hospice des Enfants-Assistés autrefois et aujourd'hui. — Statistique de la rougeole dans les dernières années.

Gravité de la rougeole dans les hôpitaux ; — Causes de cette gravité ; — Infections secondaires ; — broncho-pneumonie ; gangrènes ; — diphtérie ; — stomatite diphtéroïde, etc.

Causes spéciales à l'Hospice des Enfants-Assistés ; — âge ; — misère ; — internement ; — encombrement.

Prophylaxie des complications.

Messieurs,

J'ai étudié avec vous, dans notre dernière conférence, les conditions de propagation de la rougeole et les mesures de prophylaxie que nous pouvons lui opposer. J'aurais voulu, en outre, vous montrer les résultats obtenus à l'hospice des Enfants-Assistés depuis que ces mesures ont commencé à être appliquées et rechercher s'il n'y aurait pas lieu de faire quelque chose de plus. Pressé par le temps, je n'ai pu aborder cet examen ; je le reprends aujourd'hui et je me propose aussi d'étudier rapidement la pathogénie et la prophylaxie des principales complications de la rougeole.

La rougeole, vous le savez, a toujours présenté dans cet hospice (1) une fréquence et une gravité particulières, et les tentatives faites à différentes époques pour remédier à cet état de choses avaient eu si peu de succès, que le découragement avait fini par gagner tout le monde, médecins et administrateurs. Il faut reconnaître d'ailleurs que les conditions étaient aussi mauvaises que possible. Les enfants envoyés en dépôt étaient, au moment de leur arrivée, réunis à ceux qui se trouvaient depuis plus ou moins longtemps dans l'hospice, et comme de temps en temps certains de ces nouveaux arrivants étaient en incubation de rougeole, ils ne tardaient pas à contaminer leurs voisins. Les enfants atteints de rougeole étaient placés dans une salle basse, mal ventilée, toujours encombrée de malades, et voisine des autres salles de l'infirmerie. Ces dernières laissaient du reste beaucoup à désirer sous tous les rapports. Parrot avait espéré restreindre la contagion en faisant installer, à Thiais, une annexe, où les enfants de deux à cinq ans (pour lesquels la rougeole est spécialement grave) étaient envoyés dès le lendemain de leur admission ; la rougeole avait continué quand même, les enfants la prenant à Thiais comme ils la prenaient auparavant à Paris.

Les conditions sont aujourd'hui notablement différentes, ainsi que vous pouvez vous en convaincre en visitant l'hospice : les maladies contagieuses sont isolées dans des pavillons spéciaux ; le service des bains, qui tombait en ruines, a été reconstruit et complété par une étuve à désinfection ; un lazaret rudimentaire, mais qui rend cependant des services, a été installé. Par le fait de ces modifications et de quelques autres dans le détail desquelles je ne puis entrer, par le fait aussi que ces différentes modifications ont rendu possibles des pratiques d'antisepsie, il est permis d'espérer que nous entrons dans une ère plus favorable.

Voyons donc les résultats de ces trois dernières années, dans le cours desquelles les modifications en question ont successivement été apportées ; en fait, ce n'est que vers le milieu de 1888 qu'elles ont été à peu près complètes (1).

	Au-dessous de 1 an.	De 1 à 2 ans.	De 2 à 3 ans.	De 3 à 4 ans.	De 4 à 6 ans.	Au-dessus de 6 ans.	Totaux.
1887. — 1er *Semestre.*	—	—	—	—	—	—	—
Guérisons	3	10	12	10	15	16	66
Morts	6	9	8	4	2	3	32
Diphtéries. Guérisons	—	—	—	1	1	2	4
— Morts	2	8	3	7	9	1	30
Total des cas	11	27	23	22	27	22	132
1887. — 2e *Semestre.*							
Guérisons	9	15	21	15	17	21	98
Morts	6	11	11	2	—	—	30
Diphtéries. Guérisons	—	—	1	2	—	—	3
— Morts	3	20	8	2	2	1	36
Total des cas	18	46	41	21	19	22	167
1888. — 1er *Semestre.*							
Guérisons	9	12	23	12	20	22	98
Morts	3	7	5	1	2	1	19
Diphtéries. Guérisons	—	—	—	—	2	—	2
— Morts	2	8	9	2	6	—	27
Total des cas	14	27	37	15	30	23	146
1888. — 2e *Semestre.*							
Guérisons	1	6	12	13	19	26	77
Morts	5	5	2	—	1	1	14
Diphtéries. Guérisons	—	—	—	—	—	—	—
— Morts	1	2	1	2	1	—	7
Total des eas	7	13	15	15	21	27	98

(1) Cons. en particulier : Dechaux. *Sur la rougeole irrégulière et compliquée*, thèse de Paris, 1842. — Oyon. *Sur les causes de gravité de la rougeole à l'Hospice des Enfants-Assistés*, thèse de Paris, 1873.

(1) Je compte comme cas de guérison ceux dans lesquels les enfants quittent le pavillon de la rougeole soit pour rentrer dans les Divisions, soit pour passer à l'infirmerie, s'ils avaient antérieurement une autre maladie (fièvre typhoïde, psoriasis, etc.) ; ils sont en tout cas guéris de la rougeole. Pour les morts, j'ai rangé à part celles qui sont le fait des complications ordinaires de la rougeole, telles que la broncho-pneumonie, et, d'un autre côté, celles qui sont dues à une atteinte de diphtérie consécutive à la rougeole. (Les cas de diphtérie primitive ou secondaire à la coqueluche, à la searlatine, ne sont pas compris dans ce tableau.

Les résultats étant très variables suivant l'age des enfants, j'ai rangé dans des catégories différentes les enfants ayant moins d'un an, puis les enfants de 1 à 2 ans, ceux de 2 à 3 ans, de 3 à 4 ans de 4 à 6 ans, et enfin ceux qui ont plus de 6 ans.

1889. — 1er *Semestre.*

Guérisons.	4	8	25	17	36	21	111
Morts.	2	13	10	1	2	—	28
Diphtéries. Guérisons . .	—	—	1	—	—	—	1
— Morts.	2	7	4	5	4	2	24
Total des cas.	8	28	40	23	42	23	164

1889. — 2e *Semestre.*

Guérisons.	3	3	16	5	15	4	46
Morts.	—	6	2	1	1	—	10
Diphtéries. Guérisons . .	—	—	—	—	—	—	—
— Morts	—	—	—	—	—	—	—
Total des cas	3	9	18	6	16	4	56

Les résultats obtenus au point de vue de la morbidité ne paraissent pas, à première vue, bien encourageants; car vous pouvez constater que le nombre des cas de rougeole est toujours très considérable. Il faut cependant remarquer que les chiffres tendent à décroître, puisqu'ils étaient supérieurs à 320 en 1884, 1885 et 1886, et que, de 299 en 1887, nous tombons à 244 en 1888 et à 220 en 1889; en outre, et ceci a peut-être plus d'importance que des chiffres bruts, ceux d'entre vous qui ont suivi régulièrement le service ont pu observer que, dans maintes circonstances, nous avons réussi, soit dans le lazaret, soit dans les salles de l'infirmerie, à arrêter des épidémies par l'isolement des suspects.

Pour obtenir des résultats plus complets, il faudrait qu'il y eût dans l'hospice un *Lazaret* convenablement installé, c'est-à-dire une série de petites salles dans lesquelles les enfants, réunis en petit nombre, seraient, dès l'instant de leur entrée, isolés des autres enfants jusqu'au moment où l'on serait sûr qu'ils n'ont pas apporté la rougeole du dehors; si l'un d'eux tombait malade au bout de six à huit jours, par exemple, les cinq ou six autres qui ont été en contact avec lui seraient peut-être contagionnés, mais ceux qui se trouvent déjà dans les Divisions seraient préservés.

Après une observation longue et minutieuse des conditions dans lesquelles se propage la rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés, je reste convaincu que seul le lazaret nous donnera la sécurité.

Par contre, Messieurs, je suis heureux de vous faire constater que si la rougeole n'a diminué de fréquence que dans des proportions restreintes, elle est devenue beaucoup moins grave qu'elle n'était jusqu'ici; et ceci m'amène à étudier les causes de gravité de la rougeole en général, et plus spécialement dans cet hospice.

En ville, même à Paris, la rougeole est ordinairement bénigne; cependant, il n'est pas rare de relever sur les *Bulletins de statistique* une quarantaine de décès. Ce seul fait suffirait à montrer que la rougeole n'est pas une maladie aussi insignifiante qu'on le dit trop souvent. Certaines épidémies ont été très meurtrières; ainsi, dans l'épidémie observée à Kiel en 1860, Bartels a vu mourir tous les enfants au-dessous de 1 an; de 1 à 5 ans, la mortalité était de 39 0/0, et de 5 à 10 ans atteignait encore le chiffre de 37,5 0/0. Les chiffres donnés par Hecquet pour l'épidémie d'Abbeville ne sont pas moins significatifs : de dix-sept mois à 4 ans, la mortalité était de 4/7; de 4 à 8 ans, 1/3; de 8 à 15 ans, 1/10.

Dans l'armée, en temps de paix, la mortalité est de 1 sur 32; mais pendant le siège de Paris, à l'ambulance de Bicêtre, M. Colin l'a vue atteindre le chiffre de 1 sur 2,72. En 1861, M. Laveran avait aussi observé une mortalité de 1/3.

La gravité est toujours incomparablement plus grande pour les malades hospitalisés; ainsi Rilliet et Barthez, sur 167 cas de rougeole, ont observé 77 guérisons et 90 morts.

La statistique de l'hôpital Sainte-Eugénie, de 1867 à 1871, donne une mortalité de 19,47 0/0. Plus près de nous, la statistique officielle fournit, pour les deux hôpitaux d'enfants, les résultats suivants :

Hôpital Sainte-Eugénie.

Années.	Nombre de cas.	Décès.	Proportion 0/0.
1882. . . .	121	20	16,53
1883. . . .	167	48	28,74
1884. . . .	210	52	24,76
1885. . . .	197	51	25,83
1886. . . .	212	56	26,41

Hôpital des Enfants-Malades.

Années.	Nombre de cas.	Décès.	Proportion 0/0.
1882. . . .	285	98	34
1883. . . .	218	59	27
1884. . . .	436	191	43
1885. . . .	301	119	33
1886. . . .	406	197	48

Pour les deux années suivantes, M. Grancher donne les chiffres que voici :

Années.	Nombre de cas.	Décès.	Proportion 0/0.
1887. . . .	516	206	40
1888. . . .	423	178	42

Enfin, à l'hospice des Enfants-Assistés, M. Oyon, faisant la statistique des cas observés pendant une période de six années (1867 à 1872), et après avoir défalqué les cas au-dessous de 2 ans, trouvait la proportion de 42,59 0/0.

J'emprunte au même auteur la statistique relative aux années 1868 et 1869 (il y a juste 20 ans) :

	Au-dessous de 1 an.	De 1 à 2.	2 à 3.	3 à 5.	5 à 10.	10 à 15.	
Guérisons. .	6	11	33	74	74	8	206
Morts. . . .	6	33	60	64	23	1	187
Total. . .	12	44	93	138	97	9	393

Il ne faut pas croire d'ailleurs que depuis lors les résultats aient été plus favorables; car, dans un rapport présenté à la *Commission d'hygiène hospitalière* par M. le Directeur de l'Assistance publique, je relève ces chiffres :

Années.	Nombre de cas.	Décès.	Proportion 0/0
1882. . . .	280	128	45
1883. . . .	268	128	47
1884. . . .	328	187	57
1885. . . .	320	147	46
1886. . . .	329	138	42

Ces résultats, Messieurs, étaient vraiment lamentables; mais ce serait faire œuvre stérile que de se borner à les déplorer; il faut encore chercher à en tirer quelques enseignements, et pour cela nous devons étudier les causes qui peuvent influencer le pronostic de la rougeole dans les hôpitaux. Ces causes se rapportent surtout à l'existence de certaines complications qui s'y montrent fréquemment; mais j'aurai aussi à vous signaler quelques conditions particulières à l'hospice des Enfants-Assistés, et auxquelles on a voulu faire jouer un rôle important.

De toutes les complications, les plus sérieuses sans contredit sont les complications pulmonaires. « Nos observations, dit le docteur Revilliod (1), semblent démontrer que, dans la clientèle hospitalière, la moitié des enfants atteints de rougeole présentent des broncho-pneumonies, et que plus de la moitié de ces derniers succombent à cette complication. » Il en fut de même dans une épidémie qui sévit au Val-de-Grâce en 1860, à la suite de la rentrée des troupes d'Italie, et dans laquelle, sur 125 malades, la mortalité atteignit le chiffre de 40 décès, dus presque tous à des broncho-pneumonies; le fait avait d'autant plus d'importance qu'il s'agissait là, non plus de jeunes enfants, mais d'adultes.

Il me serait facile, mais il est parfaitement inutile, de vous citer un certain nombre d'exemples du même genre; tous les auteurs, en effet, sont d'accord sur la gravité particulière que présente la rougeole dans les hôpitaux et sur la fréquence de la *broncho-pneumonie* dans ces conditions. Malheureusement, l'accord n'est plus le même lorsqu'il s'agit d'interpréter cette complication et d'en déterminer l'origine.

A une certaine époque on a pensé, et quelques-uns disent encore maintenant, que la broncho-pneumonie résulte d'une rétrocession de l'exanthème, ou en d'autres termes que, l'éruption disparaissant brusquement de la peau sous une influence quelconque, il se produit par une sorte de compensation une congestion pulmonaire plus ou moins intense. Dans le même ordre d'idées, on a pu dire que la congestion pulmonaire, et à un degré de plus la broncho-pneumonie, sont le résultat direct d'une violente poussée éruptive, se faisant sur les poumons en même temps que sur la peau. Mais ces deux hypothèses, admissibles peut-être pour certains cas déterminés, ne peuvent suffire à expliquer les différences que présente au point de la gravité la rougeole observée dans tel ou tel milieu.

D'autres observateurs ont attribué la gravité plus grande de la rougeole au *génie épidémique*, ou bien ont invoqué la *constitution médicale régnante*. Cette explication n'est guère en somme qu'un moyen assez commode de masquer notre ignorance.

Puis on a admis l'influence de causes extérieures, telles que le froid, et il est bien certain en effet que, d'une façon générale, la broncho-pneumonie parait plus fréquente en hiver. Cette interprétation pourrait être acceptée pour l'épidémie qui sévit pendant le siège de Paris (novembre 1870 à février 1871) à l'hôpital militaire de Bicêtre et dans laquelle, sur 457 malades, 168 succombèrent à la broncho-pneumonie (2).

Par contre, dans une épidémie observée à Metz en 1846, Michel Levy avait noté la bénignité de la maladie (1 mort par broncho-pneumonie sur 67 malades) et il insistait sur ce fait que, sauf pendant deux jours de dégel incomplet, la température avait oscillé entre 0° et — 10°. Il rappelait en même temps que, dans une autre épidémie observée sept ans auparavant, par une température molle et presque douce, il y avait eu 16 décès sur 70 malades.

On a également incriminé l'encombrement, et à l'occasion de l'épidémie de variole qui régna pendant le siège de Paris, M. Hervieux (3) chercha à expliquer la gravité croissante des cas par une exaltation démesurée du principe toxique. « Cette exaltation elle-même, disait-il, résulte d'une accumulation des doses de poison absorbées, accumulation facilement explicable par la fusion des atmosphères miasmatiques propres à chaque malade. »

(1) F. Revilliod. — *Notes cliniques sur quelques maladies des enfant* (service de M. Cadet de Gassicourt), thèse de Paris, 1886, p. 121.
(2) L. Colin. — *Union médicale*, 1878.
(3) Hervieux. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1870.

Plus tard, en étudiant les causes de gravité de la rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés, M. Oyon insistait aussi sur « les dangers que présente l'accumulation des miasmes. »

Ainsi présentée, Messieurs, la question manquait assurément de précision et ne pouvait que difficilement satisfaire ceux qui ne se contentent pas de termes vagues et mal définis.

Elle s'éclaire au contraire d'un jour tout nouveau, si l'on admet la doctrine des *infections secondaires*, et si l'on tient compte des renseignements fournis par les observations microbiennes. Ce n'est pas à dire, d'ailleurs, que ces observations aient une valeur absolue, car beaucoup de points sont encore à l'étude.

Il y a quelques années à peine (1885) MM. Cornil et Babès, tout en faisant de grandes réserves, croyaient pouvoir admettre que la pneumonie de la rougeole est une manifestation du virus rubéolique. Vers la même époque cependant, Thaon décrivait ensemble la broncho-pneumonie de la rougeole et de la coqueluche, et déclarait qu'elles sont inséparables; par contre, il croyait que la broncho-pneumonie des diphtéritiques n'est qu'une localisation de la diphtérie, parce qu'il avait constaté l'existence du bacille de Loëffler dans les foyers de broncho-pneumonie. Mais bientôt M. Darier montrait qu'on y trouve aussi de nombreux microbes pyogènes, le streptococcus pyogènes, le staphylococcus aureus, et peut-être le staphylococcus albus.

Pour nous en tenir à la rougeole, il est certain que dans les foyers de broncho-pneumonie on trouve des microbes de diverse nature, et que l'on peut retrouver ces mêmes microbes dans toute espèce de broncho-pneumonie (coqueluche, diphtérie, etc.). Cette opinion a été défendue dans une thèse de Lyon faite sous l'inspiration de M. Bard (1), mais elle a surtout été démontrée dans ces derniers temps par M. Netter, dont la compétence est si grande en pareille matière.

« J'ai tout lieu de croire, dit M. Netter, que les caractères, anatomiques aussi bien que cliniques, des broncho-pneumonies diffèrent suivant le microbe qui leur donne naissance. Je ne suis pas à même de formuler d'une façon définitive ce parallèle. Ce qui importe davantage, pour le moment, c'est que la broncho-pneumonie qui complique la rougeole peut être à streptocoques, à pneumocoques, à bacilles encapsulés, aussi bien que celle qui survient au cours de la fièvre typhoïde ou de la diphtérie. J'invoque naturellement ici mes propres observations, mais je puis vous dire que les autres bactériologistes arrivent à des conclusions du même ordre. Pour eux également, la broncho-pneumonie est une affection secondaire. Elle est le fait de plusieurs microbes différents. Les microbes qui la déterminent le plus souvent sont le streptocoque, le pneumocoque, le bacille encapsulé de Friedlander. »

Ainsi donc, de par les observations bactériologiques, la broncho-pneumonie de la rougeole n'est pas une manifestation directe de la rougeole elle-même, c'est une maladie surajoutée qui vient compliquer la maladie primitive. Pouvons-nous aller plus loin, et déter-

(1) Gontier. — *Nature et prophylaxie de la broncho-pneumonie des rubéoliques*, thèse de Lyon, 1888.

miner le mécanisme suivant lequel se produit cette complication ? (1)

La première idée qui vient à l'esprit, c'est que la broncho-pneumonie est prise par contagion. Les agents pathogènes existent pour ainsi dire en permanence dans les salles des hôpitaux ; ils s'y conservent pendant un temps plus ou moins long et sont d'ailleurs renouvelés par l'arrivée de nouveaux cas de broncho-pneumonie ; dans ces conditions, trouvant comme cela a lieu dans la rougeole un terrain de culture tout préparé, une muqueuse dépouillée de son épithélium, il est tout naturel que ces microbes prospèrent.

De fait, il semble bien que, dans un certain nombre de cas, c'est par ce mécanisme que se produit la broncho-pneumonie. Cependant, d'après M. Netter, ce ne serait pas le fait le plus ordinaire, et une part plus grande devrait être attribuée à l'auto-infection. On sait en effet que les microbes de la broncho-pneumonie se trouvent fréquemment à l'état normal, chez des sujets sains, dans la salive (Pasteur, Sternberg, Fränkel, Netter), et dans le mucus des fosses nasales et des bronches (Besser).

On comprend donc que, dans certaines conditions, ces microbes, inertes jusque-là, trouvant des conditions favorables à leur développement, se mettent à pulluler, et puissent donner naissance à des broncho-pneumonies. M. Netter fait d'ailleurs remarquer que les agents pathogènes variant de virulence sous l'influence de causes encore mal connues, mais en rapport avec les conditions météorologiques, il faut aussi tenir compte de ces conditions, bien que nous ne puissions déterminer leur mode d'action d'une façon précise.

L'autorité si légitime qui s'attache aux travaux de M. Netter donne sans doute une grande valeur à la doctrine de l'auto-infection ; je crois cependant qu'il en a exagéré l'importance.

On comprend difficilement en effet, si l'on admet cette manière de voir, comment la gravité de la rougeole est si différente à l'hôpital ou en ville, et comment la broncho-pneumonie, exceptionnelle chez les malades isolés, devient si fréquente chez ceux qui sont traités en commun. Je sais bien que l'on pourra dire que les microbes doivent s'introduire dans la bouche à un moment quelconque, et qu'ils ont pu provenir d'un sujet atteint de broncho-pneumonie (Netter) ; mais cette explication nous fait revenir à la doctrine de la contagion, et si l'on veut dans ce cas admettre une auto-infection, ce sera en quelque sorte une auto-infection d'origine contagieuse.

Sans repousser d'une façon absolue l'interprétation de M. Netter, je crois donc, avec M. Richard, que la principale source de la broncho-pneumonie est la contagion. La question d'ailleurs n'est pas simplement affaire de curiosité, mais c'est de la solution qu'on lui donnera que découlera la prophylaxie.

En résumé, Messieurs, la gravité de la rougeole résulte le plus ordinairement d'une complication de broncho-pneumonie. Cette complication est une maladie surajoutée, indépendante de la rougeole, et résulte d'une infection secondaire. La contagion en est l'origine la plus fréquente, mais elle peut aussi provenir d'une auto-infection par les microbes existant normalement dans la bouche.

(1) Netter. — *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 330.

Messieurs, je n'ai eu en vue jusqu'ici que la broncho-pneumonie simple, mais on sait aujourd'hui (Thaon, Landouzy et Queyrat, Damaschino, Netter) que beaucoup des broncho-pneumonies de la rougeole sont de nature *tuberculeuse*. Dans certains de ces cas, la tuberculose est d'origine héréditaire, et trouve seulement dans l'apparition de la rougeole une circonstance favorable à son développement, mais dans d'autres circonstances elle est exclusivement due à la contagion.

(A suivre).

ANATOMIE

Débris de capsule surrénale dans les organes dérivés du corps de Wolff ;

par **Alexandre PILLIET**, interne des hôpitaux.

Les capsules surrénales, dont la physiologie nous est encore complètement inconnue, se développent d'une façon qu'il est très difficile d'étudier chez les Vertébrés supérieurs, et qui est restée longtemps obscure, malgré les recherches de Rauber ; mais, comme ces organes existent chez tous les Vertébrés avec des caractères parfaitement semblables et tels qu'on ne peut les méconnaître, leur étude, chez les vertébrés inférieurs, surtout à la période de développement, permet de recueillir un certain nombre de faits qui nous expliquent les hétéropies de la glande. Ces dernières recherches, indépendamment du point de vue anatomique, sont intéressantes pour le médecin à cause de deux raisons.

Tout d'abord, on sait que c'est dans la capsule surrénale que siège la lésion de la maladie d'Addison. Cette forme d'anémie spéciale, s'accompagnant de pigmentation de la peau, a été décrite en 1855 par Addison, ancien assistant de Bright, et caractérisée par ces trois termes : *l'anémie, la teinte bronzée, la dégénérescence des capsules.* Ces idées furent vulgarisées en France par Trousseau, dont la description est restée classique. Depuis, on n'a ajouté au tableau de la maladie d'Addison qu'une variété qui la complète, celle qui a été étudiée par Lancereaux (1), Laveran, etc., et dans laquelle la mélanodermie est au second plan. Au point de vue expérimental, les recherches contradictoires de Brown-Sequard (1856), de Gratiol et Philipeaux (1857), de Stilling et de Tizzoni ont apporté des documents curieux au point de vue biologique, mais n'ont rien changé, au fond, à la triade que l'élève de Bright avait tracée il y a 35 ans. Et, de même que la maladie de Bright reste encore caractérisée, malgré toutes les discussions, par ses trois termes fondamentaux : albuminurie, œdème, lésions rénales, la maladie d'Addison reste assise aussi sur trois termes : *anémie, mélanodermie, lésions des capsules.*

Nous savons maintenant qu'il faut, pour la production de la mélanodermie, la destruction complète des capsules surrénales. Les différents mémoires de Stilling (2) le montrent au point de vue expérimental ; et, au point de vue clinique, on trouve, dans les bulletins de la Société anatomique, comme dans ceux des Pathological Transactions, un grand nombre de cas que nous avons indiqués dans un travail antérieur, et qui prouvent que la destruction complète d'une seule capsule ne pro-

(1) Voir *Tribune Médicale* 1889, pag. 630 : *Capsules surrénales et maladie d'Addison*, par A. Pilliet.

(2) Stilling. — *Expériences nouvelles sur maladie d'Addison Revue de Médecine*, octobr 1890.

duit pas la maladie d'Addison. Il existe beaucoup de cas de lésions, même tuberculeuses, des capsules surrénales sans maladie bronzée. Mais quand on les dépouille attentivement, on s'aperçoit que, moins la maladie détruit de tissu capsulaire, moins la mélanodermie est fréquente. Il s'ensuit que, lorsqu'on trouvera les deux capsules surrénales absolument détruites, après examen histologique, chez un malade qui n'a pas présenté au complet la triade d'Addison, il faudra rechercher avec soin l'existence des capsules surrénales aberrantes ou accessoires avant de conclure à la destruction complète du tissu surrénal.

Il est un second point qui intéresse aussi le médecin. Depuis que Conheim a formulé l'hypothèse qui porte son nom, et d'après laquelle les débris embryonnaires non résorbés joueraient un rôle important dans la production des tumeurs, qui devraient, alors, être toutes envisagées comme des tératomes, on a pu s'expliquer un certain nombre de cas d'hérotopie qui présentaient un problème insoluble, tel le chondrome de la parotide, né aux dépens des arcs branchiaux, ou tout au moins de leurs débris embryonnaires. Mais notre histoire des débris embryonnaires persistants n'est pas complète, et, en particulier, il ne nous est pas indifférent de savoir si des portions de la capsule surrénale peuvent se trouver dans le testicule dont les tumeurs sont si bizarres et si complexes.

Les débris de la capsule surrénale, jusqu'à présent, ont été trouvés en trois points principaux : d'abord le rein, ensuite le plexus solaire, et enfin les organes génitaux, ovaires et testicules. Pour comprendre cette variété de siège, il nous faut insister sur le développement de la capsule surrénale. Chez les poissons élasmobranches que Balfour (1) a montré, le rein succeinturié se trouvait formé de deux portions bien distinctes dont l'une, émanée des ganglions lympathiques, se trouve divisée en autant de petits groupes qu'il y a de ganglions, c'est-à-dire que ce développement est exactement comparable à celui des segments vertébraux du corps de Wolff. L'autre portion, d'origine mésoblastique, est destinée à former uniquement la portion corticale de la capsule.

La substance médullaire, dérivant des portions segmentaires, comme l'a vu Balfour (ce qui explique les rapports étroits constatés déjà par Leydig et par Kœlliker entre cette substance et celle des ganglions semi-lunaires), présente une réaction caractéristique. Ses cellules se colorent en brun par les bichromates et offrent les mêmes caractères histo-chimiques que les éléments des ganglions sympathiques et de la glande inter-carotidienne de Luschka. Chez les batraciens, d'après Ebert, les capsules surrénales ne sont pas toutes absolument soudées; elles peuvent former des grains jaunâtres à la face antérieure des reins.

Il suit de là que, dans les cas de monstruosités ou de formations aberrantes, nous devons nous attendre à trouver la substance médullaire de la capsule liée aux ganglions symphatiques d'où elle dérive. La substance corticale, au contraire, d'origine mésoblastique, comme le corps de Wolff, pourra être entraînée avec ce dernier, et nous pourrons en retrouver les débris, non pas dans l'ovaire ou le testicule, mais dans les annexes de ces organes développés aux dépens du corps de Wolff.

Si l'on parle, en effet, de capsule surrénale dans le testicule ou dans l'ovaire, ce n'est que par un abus de langage, et il doit rester bien entendu qu'il s'agit de débris Wolffiens ou entraînés par le corps de Wolff.

A part la réaction que nous avons indiquée, la portion médullaire des capsules ne présente pas de caractères histologiques tranchés : elle ressemble trop aux petits ganglions sympathiques que l'on trouve épars dans tout l'abdomen pour en être aisément distinguée ; aussi existe-t-il une lacune sur ce point, et beaucoup des cas signalés de capsules aberrantes portent sur la substance corticale qu'il est facile de reconnaître aux vésicules et aux tubes de Grandry qui la constituent.

Dans le *rein*, les nodules surrénaux dont la dispersion est d'autant plus facile que la capsule n'est pas entourée d'une enveloppe spéciale, ont été signalés d'abord par Rokitanski. Grawitz a fait de ces cas l'objet d'une étude spéciale et très longue, et il a englobé sous le nom de débris surrénaux les productions adénomateuses que l'on peut rencontrer dans la substance corticale du rein.

Sabourin, en France, a montré qu'un grand nombre de ces productions étaient des adénomes du rein, et n'avaient rien de commun avec la capsule surrénale proprement dite. Nous nous sommes franchement ralliés à la manière de voir de cet auteur à propos de quelques cas de cancers ou d'anémones primitifs du rein dont les pièces ont été montrées ces dernières années à la Société anatomique. Mais il ne faut pas exclure complètement l'hypothèse de Grawitz, qui a été reprise par Moglia, de Bologne (1888) et par Strubing (1) dans son travail sur le goître surrénal hétérologue. Il ne faut donc pas nier l'existence de débris surrénaux dans le rein, mais chercher au contraire les caractères qui les distinguent de l'épitéliome né aux dépens du labyrinthe. C'est ainsi que l'on arrivera à établir la part respective des deux facteurs en présence dans la production des adénomes corticaux. Ainsi nous avons trouvé chez un vieillard de l'hospice d'Ivry un fragment de capsule surrénale, avec ses deux portions, aplatie et mince comme une pièce de dix sous, et située sous l'enveloppe fibreuse des reins. L'examen histologique seul permettait de reconnaître l'organe. Si cette capsule était devenue adénomateuse, ce qui est une lésion très favorable, il eût pu devenir délicat d'établir l'origine de la tumeur.

Dans le plexus solaire. Dans le tissu graisseux qui l'entoure, et dans le hile des capsules surrénales, Richard May (*Annales américaines* 1888) a trouvé des capsules aberrantes dix fois sur quarante-deux autopsies ; elles présentaient huit fois la structure de la substance corticale. Stilling, dans le travail que nous avons cité, rapporte avoir constaté, régulièrement, dans le sympathique abdominal, de petits corpuscules formés aux dépens de la capsule surrénale, mais de sa couche médullaire. Nous avons dit pourquoi le diagnostic histologique des portions médullaires nous paraît difficile jusqu'à nouvel ordre; mais cette affirmation de Stilling est confirmée par un fait de Jaboulay (2) qui nous paraît probant, malgré l'absence d'examen histologique détaillé. Il s'agissait d'un corpuscule jaune, de la grosseur d'une tête d'épingle, qui existait dans l'intérieur même du ganglion semi-lunaire droit d'un nouveau-né. Le même auteur eut l'occasion de retrouver des portions aberrantes de capsules surrénales chez l'homme adulte au milieu du plexus solaire, le long de ses branches.

(1) Balfour. — *Traité d'embryologie*, tome II, page 613.

(1) Strubing. — *Archives fur klinik.*, vol. 13, page 599.

(2) Jaboulay. — *Capsules surrénales accessoires dans un ganglion semi-lunaire, et au milieu du plexus solaire ; Lyon Médical*, n° 44, 2 novembre 1890, page 300.

C'était toujours, dit-il, des débris de la substance médullaire.

Pour les organes génitaux. — Il nous faut distinguer entre le testicule et l'ovaire. Les débris surrénaux que l'on rencontrera ne pourront plus appartenir à la substance médullaire des capsules, mais à leur substance corticale, et ils se trouveront, comme nous l'avons dit, non pas dans l'ovaire et le testicule même, mais bien dans les régions Wolffiennes avec lesquelles elles auront été entraînées. Dans l'ovaire, ces régions sont représentées par le parovarium composé de ses deux portions ; d'abord l'organe de Rosenmuller ou époophore de Waldeyer, qui correspond à l'épididyme, ensuite le paroophore de Waldeyer représentant la portion urinaire du corps de Wolff, c'est-à-dire, chez l'homme, l'organe de Giraldès. C'est donc dans les ligaments larges qu'on devait trouver les glandes surrénales accessoires, et c'est là, en effet, que Marchand, de Marburg, les a trouvées en 1883, entre les deux feuillets du ligament et au voisinage de l'ovaire chez des nouveau-nés et des petites filles. Chiari et Gravitz vérifièrent plus tard ces faits ; mais retenons ici la conclusion de Marchand : « Plus tard, dit-il, ces sortes d'organes doivent disparaître ou donner naissance à la formation de tumeurs. »

Pour le testicule, il existe une série de faits semblables ; on sait que le corps de Wolff forme le corps d'Highmore, les corps efférents du testicule et l'épididyme ; c'est donc dans cette région et non dans celles des tubes séminifères que nous devons nous attendre à trouver les débris surrénaux.

En effet, Dagonnet (1), le premier, a observé une glande surrénale accessoire dans l'épididyme du côté droit, chez un enfant de 21 jours. C'était un corps arrondi de 3 millimètres de diamètre que l'examen histologique montra n'être autre chose qu'une glande accessoire développée dans le tissu fibreux qui forme une tunique commune à l'épididyme et aux vaisseaux. D'après lui, ces glandes accessoires siègeraient plus particulièrement à droite ; on pourrait en trouver échelonnées le long de la veine spermatique. Michaël, dans les archives allemandes de médecine de 1888, confirme les faits signalés par Marchand, Chiari et Dagonnet.

Nous avons eu l'occasion de trouver chez un nouveau-né une capsule surrénale accessoire située dans le méso de l'épididyme, les coupes ont été montrées à la Société anatomique, et nous allons résumer ce cas, qui servira de conclusion à l'étude précédente.

Sur les coupes frontales de l'extrémité intérieure du testicule, on voit dans le méso de la vaginale, en dedans des cônes efférents, et au contact du plexus veineux, au-dessous de l'épididyme, un petit nodule parfaitement sphérique de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur les coupes, ce nodule isolé présente une membrane d'enveloppe fibreuse bien définie. Il est entièrement rempli par des cellules qui sont disposées dans des tubes circonscrits par des cellules plates membraniformes. Elles sont très petites et serrées à la périphérie du kyste, polyédriques et volumineuses au centre ; elles se colorent parfaitement par les réactifs. Leur protoplasma est finement granuleux. Les cellules serrées de la périphérie sont pourvues de gros noyaux et rappellent par leur aspect les tubes de Grandry dans leur portion périphérique, c'est-à-dire dans les zones de génération de l'épithélium capsulaire. Les capillaires sont extrêmement rares dans la tumeur.

M. Poirier, à qui nous avons soumis les préparations, et dont la compétence, en matière de kystes de l'épididyme est, on le sait, très grande, pensa comme nous, qu'il s'agissait d'un débris Wolffien. La comparaison avec des capsules surrénales de fœtus ou de nouveau-nés dans la série animale permit d'être plus affirmatif et de préciser exactement l'origine de cette petite tumeur qui ne présentait pas trace de substance médullaire, mais était composée uniquement de tubes. M. Poirier a bien voulu alors nous donner la bibliographie qu'il possédait sur la question et c'est elle qui nous a permis de mettre au point cette étude.

En résumé, la capsule surrénale peut se trouver accessoire ou supplémentaire et composée alors de ses deux portions ; c'est celle qu'on trouve sous l'enveloppe fibreuse du rein, par exemple. Elle peut aussi se composer uniquement de la substance médullaire et c'est ce qui se passe en général pour les capsules aberrantes en relation avec le grand sympathique. Enfin, dans les débris Wolffiens, les fragments de capsule que l'on retrouve ne présentent que les tubes et les vésicules de la substance corticale sans mélange de substance médullaire.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer à nouveau l'importance de ces faits dans les recherches anatomo-pathologiques dont la maladie d'Addison, surtout dans ses cas douteux, peut faire l'objet à l'avenir.

(1) Dagonnet. — *Zeitschrift fur Heilkunde;* Vol. 6, Prague, 1885.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Cystoscopie

Un bon diagnostic est chose difficile, même pour les maladies qui sont le plus directement soumises à l'investigation de nos sens. Je n'en veux pour preuve que les cas épineux, si souvent observés en dermatologie. Là, on peut voir, on peut toucher ; et cependant, combien de fois n'avons-nous pas vu les plus grands maîtres hésiter et rester impuissants à classer une maladie de la peau? Malgré ces difficultés que nous rencontrons à chaque pas lorsque nous nous efforçons de connaître l'état exact d'un organe malade, il est clair que plus nous aurons de renseignements fournis par nos divers sens et susceptibles d'être contrôlés les uns par les autres, moins nous aurons de chances d'erreur. Quand la vue peut venir nous renseigner sur l'état d'un organe, état que nous ne connaissons que par les troubles de la fonction, et par quelques signes négatifs que peut nous procurer le sens du toucher, quand, disons-nous, le sens de la vue peut être appliqué à l'examen de cet organe, il est susceptible de nous fournir des notions précieuses qu'aucun autre moyen d'investigation ne nous permettrait d'acquérir. C'est pourquoi l'examen direct, sur le vivant, de la surface des organes creux, a préoccupé depuis longtemps certains esprits chercheurs, malgré les difficultés qui faisaient considérer le résultat désiré comme presque impossible à atteindre.

Le problème de l'éclairage et de l'examen visuel des organes creux peut être considéré actuellement comme résolu, tout au moins pour la vessie et l'urèthre. Sans être d'un maniement très facile encore, on peut dire

que les cystoscopes les plus perfectionnés ne sont pas maintenant plus difficiles à manier que l'ophtalmoscope, et que, comme ce dernier instrument, ils seront d'ici à quelques années d'un usage courant entre les mains des spécialistes.

Avant d'exposer l'état actuel de la cystoscopie, il n'est pas hors de propos de jeter un coup d'œil rapide sur les phases par lesquelles a passé l'endoscopie urinaire.

Avec Hurry Fenwick (1), nous diviserons en trois périodes l'historique de l'endoscopie. Bozzini (2), de Francfort, inventa en 1805 un instrument peu pratique qu'il appela conducteur de lumière (Lichtleiter), dans le but d'explorer les cavités naturelles du corps. John Fischer (1824) construisit un instrument basé sur les principes qu'appliqua plus tard Desormeaux. C'est avec l'invention de ce dernier que commence la seconde période. Desormeaux ignorait probablement les travaux de Bozzini et de Fischer, car c'est à Ségalas (1827) qu'il attribue le mérite d'avoir formulé le premier les principes de l'endoscopie (3). Quoi qu'il en soit, l'endoscope de Desormeaux constituait un progrès réel. Tandis qu'en France il n'était guère employé que par son auteur, l'usage s'en répandait en Allemagne. Douze ans après la découverte de Desormeaux, « le père de l'endoscope », un progrès notable était apporté à son endoscopie par Cruise (4), de Dublin (1865), qui construisait un assez bon uréthroscope et un cystoscope très médiocre. Malgré tout, ces instruments, d'un prix fort élevé, d'un maniement difficile, restèrent comme des curiosités aux mains de leurs auteurs et d'un petit nombre d'amis. On peut dire qu'ils n'ont fait faire aucun progrès marquant dans la connaissance des maladies des voies urinaires.

La troisième période commence avec l'introduction de la lumière électrique dans la pratique médicale. Dès 1867, un dentiste de Breslau, nommé Bruck, avait imaginé un instrument, appelé diaphanoscope, pour examiner la bouche. Un fil de platine maintenu au rouge blanc par un courant électrique était entouré d'un petit manchon de verre à circulation d'eau froide. L'appareil, introduit dans une cavité, en rendait les parois translucides et permettait de constater leurs altérations. Dans l'espèce, la tache produite par les dents cariées se voyait très facilement. Le Dr Schramm, de Dresde, fit faire un Diaphanoscope pour l'examen des ovaires. L'instrument était introduit dans le vagin et rendait le bas-ventre de la femme translucide. D'après Fenwick, cette tentative bizarre aurait donné quelques résultats sur une jeune fille déjà naturellement diaphane.

C'est au docteur Max Nitze que revient l'honneur d'avoir appliqué le premier l'électricité à la cystoscopie. En 1877, il obtenait un premier cystoscope fabriqué par Dreicke, de Dresde; mais le fabricant ne réussissant pas à construire un gastroscope que Nitze avait imaginé, ce dernier confia la fabrication de ses instruments à Leiter, de Vienne, qui trouva quelques heureuses modifications. Bientôt, Nitze et Leiter se brouillèrent et construisirent, chacun de leur côté, des cystoscopes ayant ensemble la plus grande analogie. Rien de plus intéressant que de suivre les divers perfectionnements apportés à la fabrication du cystoscope; ainsi, dans le premier modèle de Nitze le fil de platine incandescent était protégé par un simple tuyau de plume susceptible d'être brûlé, terni, et incapable de bien protéger l'appareil éclairant. Je renvoie au livre de Fenwick (loc. cit., p. 18 et suiv.) les lecteurs curieux de suivre pas à pas les transformations du cystoscope; je me hâte d'arriver aux instruments actuellement en usage, instruments déjà très supérieurs aux précédents.

Les instruments actuellement employés pour examiner la vessie sont le cystoscope de Nitze ou de Leiter, instruments d'origine allemande, et le mégaloscope de Boisseau du Rocher, instrument d'origine française, actuellement en construction chez Collin, à Paris. Nous allons décrire succinctement ces deux instruments. Le cystoscope Leiter se présente sous la forme d'une sonde coudée n° 22. Le bec de la sonde, long à peu près comme les mors d'un brise-pierre, renferme une petite lampe électrique visible à travers une fenêtre en verre. Le bec est dévissable pour permettre de changer la lampe quand elle est usée ou brûlée.

Une seconde fenêtre, celle par où l'on regarde, est située, soit au coude, soit à la partie antérieure ou postérieure, ou même latérale de la longue branche de la sonde. Lorsque la fenêtre est située en tout autre point que le coude lui-même, elle est munie d'un prisme redresseur qui envoie les rayons lumineux vers le pavillon de la sonde, à l'œil de l'observateur. A ce niveau se trouve une lentille oculaire. Le pavillon du cystoscope est en forme d'entonnoir; il est muni de deux bornes permettant d'attacher les rhéophores, d'un bouton permettant de repérer la situation du bec dans la vessie et enfin d'un petit levier pouvant interrompre ou fermer le circuit. La lampe est allumée au moyen d'une pile au bichromate de potasse. On ne doit augmenter l'intensité lumineuse qu'avec précaution, sans quoi on brûle la lampe et il faut la changer avant de pouvoir procéder à l'examen.

Certains modèles de cystoscopes portent, outre les organes déjà décrits, un petit tube admettant une bougie fine pour le cathétérisme de l'uretère. Le cystoscope de Leiter a pour principal inconvénient le champ très limité que l'on peut observer à la fois. Il en résulte qu'il est fort difficile de s'orienter et de savoir au juste quelle partie de la vessie l'on examine. Ce champ est d'autant plus limité que la fenêtre se trouve plus rapprochée de la paroi examinée. On peut facilement se rendre compte, en maniant le cystoscope soit à l'air libre, soit dans un récipient simulant une vessie artificielle, que l'index, à un centimètre de la fenêtre, occupe à lui seul tout le champ visuel. A trois centimètres environ, on voit à peu près une face d'une pièce de cinq francs en argent. A dix centimètres, on peut voir un objet de neuf centimètres de long. On le voit dimi-

(1) *The Electric illumination of the bladder and urethra*, etc.; by E. Hurry Henwick. Londres, Churchil 1889. 2e édition.

(2) Bozzini.—*Lichtleiter: Eine Erfindung*, etc. ; in *Journ. de prakt. Azuk.* Berlin, 1806, XXIV, 107, 124.

(3) *De l'endoscope et de ses complications au diagnostic*, etc. Paris, J.-A. Baillière et fils, 1865.

(4) *The Endoscope as an Aid in the Diagnosis and Treatment*, etc. ; by F.-R. Cruise. — *Dublin Quaterly Journ. of medic. Sc.*, 1er mai 1865. Fannin and Co, Dublin.

nué ou déformé, les surfaces planes étant convexes et le centre de l'image étant relativement amplifié tandis que les bords sont diminués. On reconnaît très nettement les objets brillants comme les corps métalliques tandis que les rides ou les plis de la peau ne se distinguent qu'avec une vive lumière. Comment emploiet-on le cystoscope de Leiter ? La manœuvre est assez simple. On fixe les extrémités des rhéophores aux bornes du cystoscope, puis on s'assure, en mettant tout doucement la pile en action, que la lampe à incandescence marche bien. On l'éteint alors, puis on lave soigneusement la vessie et l'urèthre du patient. S'il est possible, on introduit des instruments lubrifiés à la glycérine, de manière à ne pas avoir de taches de graisse, susceptibles de ternir soit la fenêtre, soit le verre situé devant la lampe. La vessie étant bien lavée, on y introduit *au moins* 180 grammes de liquide clair (eau pure, solution boriquée, eau légèrement salée).

On passe alors le cystoscope après l'avoir enduit de glycérine ou bien en le graissant de vaseline seulement après que la fenêtre a déjà pénétré dans l'urèthre, de sorte que la partie transparente de l'instrument échappe au graissage.

Il faut s'assurer que le bec du cystoscope est bien tout entier dans la vessie avant d'allumer la lampe; sans quoi on risquerait de brûler l'urèthre ; de même il est bon, quand on a fini son examen, de laisser la lampe éteinte dans la vessie pendant une demi-minute avant de la retirer, pour qu'elle ait le temps de se refroidir.

Il faut commencer l'examen par le trigone vésical et s'efforcer de voir nettement l'orifice des uretères ; outre que c'est, d'après Fenwick, à qui nous empruntons une partie de ces détails, le siège le plus commun des néoplasmes, l'examen des uretères est un moyen d'orientation qui n'est pas à dédaigner. Il est assez difficile, en effet, de savoir quel est le point de la vessie que l'on examine. Pour s'en rendre compte, il convient de bien noter de quel côté est dirigé le bec de l'instrument ; on en déduit la place occupée par la fenêtre et, si l'on a un instrument à fenêtre latérale, il ne faut pas oublier que ce qu'on voit dans la direction du tube est en réalité latéral.

Une difficulté assez grande dans certaines vessies est de maintenir le milieu transparent. Si cette transparence fait défaut, on ne voit rien de net.

L'examen cystoscopique peut se faire sans anesthésie ; mais, dans une vessie un peu sensible, il sera fort difficile de prolonger suffisamment l'examen pour arriver à un résultat. Il faut donc avoir recours, soit à l'anesthésie générale, laquelle doit être portée jusqu'à la résolution, soit à l'anesthésie locale à l'aide de la cocaïne. Les solutions employées pour obtenir une bonne anesthésie doivent être concentrées au minimum à 5 0/0. Nous avons pu sans aucun accident injecter dans la vessie 40 à 50 grammes de cocaïne à 10 0/0, c'est-à-dire quatre à cinq grammes de chlorhydrate de cocaïne, et cela dans une vessie fortement enflammée. Fenwick a employé des solutions encore plus fortes, jusqu'à 20 0/0.

Dans un numéro prochain, nous continuerons cette étude de la Cystocopie.

A. MALHERBE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 décembre 1890.— PRÉSIDENCE DE M. HERMITE.

MM. STRAUS, CHAMBON et MÉNARD. — *Recherches expérimentales sur la vaccine chez le veau.* — L'inoculation de la vaccine (Cow-pox) sur la cornée du veau détermine une kératite qui débute 6 à 7 jours après l'inoculation et qui se caractérise par de l'opacité de la cornée, une vive conjestion de la conjonctive, du larmoiement et de la photophobie. La même inoculation faite sur un veau qui a acquis l'immunité par inoculation cutanée antérieure, ne provoque aucune lésion cornéenne. L'inoculation sur la cornée confère l'immunité mais plus tardivement que l'inoculation cutanée. L'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil détermine une vive inflammation de l'iris et de la cornée et confère l'immunité aussi sûrement et presque aussi rapidemsnt que l'inoculation faite à la peau. — L'injection anti-veineuse de quantités même très faibles de vaccin entraîne chez le veau l'immunité complète sans autres manifestations générales ou locales.

L'immunité peut être conférée au veau par la transfusion du sang provenant d'un veau en pleine éruption de vaccine mais pour obtenir cet effet avec certitude il faut transfuser des quantités très considérables de sang (4 à 6 kg.). On peut transfuser la presque totalité du sang d'un veau ayant l'immunité vaccinale à un autre veau sans conférer l'immunité à ce dernier. L'injection sous-cutanée d'une quantité relativement très considérable de lymphe vaccinale, privée par la filtration de tout élément figuré, ne produit aucun phénomène local en général, et ne donne pas l'immunité.

M. L. GUINARD. — *Action physiologique de la morphine chez le chat.* — La morphine est toujours, et à quelque dose que ce soit, un excitant et un convulsivant énergique pour les chats. Mais elle a cependant une action telle sur ces animaux, que leurs centres nerveux, bien qu'excités à l'excès, sont comme ébranlés et affaiblis et cèdent beaucoup plus facilement à l'action des anesthésiques. Ces effets d'excitation remarquable, constatés chez un animal très nerveux, pourraient être rapprochés des phénomènes de même ordre, observés en espèce humaine particulièrement chez les femmes, où on rencontre quelquefois des sujets pour lesquels la morphine n'est jamais un calmant.

M. WEDENSKY. — *De l'action excitatrice et inhibitoire du nerf en dessèchement sur le muscle.* — Le nerf moteur soumis à la dessication lente commence, après un certain temps, à exciter son muscle. Les phénomènes musculaires provoqués par ce procédé peuvent être répartis dans les 3 stades suivants : Dans le 1er stade le muscle produit d'abord des secousses faibles et rares, ensuite plus fortes et plus fréquentes. Dans le 2e stade le muscle entre en tétanos permanent de forte intensité, enfin le 3e stade est caractérisé par la disparition progressive de la contraction tétanique et enfin par le relâchement complet du muscle. Cet arrêt de la contraction tétanique n'est pas dû à un phénomène d'épuisement du muscle, ou d'excitation du nerf trop desséché. Il s'agit là d'une action inhibitoire ainsi que les recherches de M. K. Saint-Hilaire l'ont démontré. Le dessèchement du nerf, tout aussi bien que le courant interrompu suivant son intensité, agit sur le muscle de deux façons, il le stimule et provoque une contraction, ou bien il déprime son excitabilité et provoque son relâchement. M.

CONFÉRENCE SUR LA LAÏCISATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le Dr BOURNEVILLE a fait une conférence sur ce sujet, le samedi 27 courant, à 8 h. 1/2 du soir, dans la grande salle des Fêtes de la mairie du Ve arrondissement. Cette conférence, qui a été présidée par M. le Dr de LANESSAN, député, avait été organisée par les soins de la *Bibliothèque populaire des Amis de l'Instruction*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 27 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. STRAUS.

MM. MALASSEZ et CH. RICHET sont nommés vice-présidents de la Société de Biologie pour l'année 1891.

M. GALEZOWSKY. — *Sur la Pyoctanine dans les affections oculaires.* — Cette substance possède sur les microbes une action destructive absolument caractéristique. Quand on l'essaye dans les ulcères chroniques de la cornée, réfractaires à tout traitement, on obtient des résultats très remarquables avec la solution à 0,10 c. pour 10 gr., employée largement avec un pinceau ou en lavages. Les ulcères rongeants, à forme semi-circulaire, situés au bord de la cornée, sont ainsi guéris en quatre ou cinq semaines. Dans les kératites suppuratives ulcérées, on observe aussi la cicatrisation et la disparition de la force d'insensibilité qui entoure l'ulcère.

M. BLOCH. — *Sur la répartition de la sensation de traction et de la sensation de pression dans le corps humain.* — On colle sur la partie de la peau soumise à l'expérience un carré de diachylum de 8 mm. de côté à peu près. Ce carré est relié par un fil à un dynamomètre, sur lequel on tire directement, et qui est fait au moyen d'un ressort de montre. On tend la peau à l'aide du fil, en notant le moment où la sensation de traction est provoquée. En comparant ainsi différents points de la peau, on constate, par exemple, qu'un poids de 0,5 centigr. suffit pour éveiller la sensation sur la peau du front. Il faut 3 grammes pour l'éminence thénar, 20 grammes pour la malléole externe. Pour étudier quelle est la plus faible pression nécessaire à l'éveil de la sensation de pression, M. Bloch s'est servi de petits carrés de papier ou de carton montés sur des tiges flexibles, telles qu'un crin de cheval. On s'assure d'abord de la sensibilité de chaque instrument en mesurant la force nécessaire pour courber la tige flexible. Ainsi, avec un carré de papier monté sur un cheveu, qu'une pression de 1/16 mm. suffirait à plier, on trouve que le pavillon de l'oreille et la pointe de la langue réagissent au contact. Avec une tige plus résistante, ne pliant qu'avec 8 mm. de pression, telle qu'un poil de sanglier, on excite la sensibilité du front, des joues, etc. En poids, les quantités nécessaires pour provoquer la sensation de traction, d'une part, celle de pression d'autre part, ne s'équivalent pas, puisque le minimum de pression nécessaire pour déterminer la première est de 5 centigr. et pour la seconde de 16 mm.

MM. GILBERT et GIRODE ont observé deux *cas de cholécystite suppurée*, dont l'un compliqué d'angiocholite. Le premier fut opéré à l'hôpital Bichat par M. le Dr Broca, assistant de M. le Dr Terrier, le second ne fut étudié qu'à l'autopsie. Les cultures et les colorations montraient dans les deux cas le même bacille, rencontré seul, et que ses réactions identifient avec le Bactérium coli commune d'Escherrich. Il décolore la gélose colorée à la fuchsine. Le bacille de l'intestin peut donc, en cas de lésions préalables des voies biliaires, telles que la présence de calculs, déterminer la suppuration des voies biliaires. A l'état normal, ni chez l'homme, ni chez les animaux, on ne rencontre de bacilles dans les voies biliaires.

M. BOUCHARD a rencontré un cas d'hépatite au cours d'une fièvre typhoïde dans lequel le bacille, étudié par M. Charrin, se rapprochait beaucoup du bacille du côlon. Leur étude sera d'ailleurs complétée et publiée ultérieurement.

M. STRAUS est frappé de ce que le bacille isolé par MM. Gilbert et Lion décolore la gélose fuchsinée; ce caractère ne pourrait donc servir à le distinguer du bacille d'Eberth. Alex. PILLIET.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de la bourse de voyage* (Médaille d'or) (*Section de Chirurgie*).— Le concours de la médaille d'or pour les internes des hôpitaux de quatrième année (section de chirurgie)) est terminé. Ont obtenu : Médaille d'or : M. LEGUEU, interne à Necker; 2° Médaille d'argent : M. Arnould, interne à Necker ; 3° mention : M. Faure, interne à Necker.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. MOUTARD-MARTIN.

M. PÉAN fait une communication sur le *traitement des rétrécissements de la valvule iléo-cæcale.* Ces rétrécissements sont très rares, et on n'en connaît que huit cas, qui peuvent se diviser en deux grandes catégories : ceux d'origine inflammatoire et ceux d'origine néoplasique. L'auteur a imaginé un procédé qui consiste à créer, sans enlever une portion du tube intestinal, une dilatation à l'endroit même où existe le rétrécissement. En incisant l'abdomen au-dessus de l'arcade de Fallope on arrive facilement sur la valvule iléo-cæcale. Les deux portions voisines du cæcum et de l'iléon étant liées, on incise la paroi de l'intestin de chaque côté de la valvule sur une hauteur de huit centimètres. La valvule mise à nu, on résèque les bourgeons et la muqueuse au ras de la musculeuse. Puis on rapproche les extrémités de la plaie intestinale de façon que l'iléale et la cæcale se touchent et s'adossent, puis on suture les lèvres opposées de la plaie intestinale. La suture se fait à deux étages au moyen d'anses très rapprochées. Enfin les liens intestinaux sont retirés. La plaie abdominale est ensuite fermée comme à l'ordinaire. Deux malades ont été opérés de cette façon et les suites ont été très heureuses. Les avantages de ce procédé sont : 1° Il convient aussi bien aux rétrécissements inflammatoires de l'intestin grêle qu'à ceux du cæcum et de la valvule iléo-cæcale. 2° Il n'offre aucun des inconvénients de l'anus contre nature. 3° Il est d'une exécution facile puisque le chirurgien opère sur une partie superficielle. 4° Il exige un nombre d'anses de suture moindre que la résection, ce qui abrège la durée de l'opération et diminue les chances de perforation, de fistule stercorale, d'anus contre nature et de péritonite septique. 5° Il ne laisse pas à sa suite, comme la résection, un rétrécissement circulaire. 6° Enfin, point capital, il établit, à la place même du rétrécissement, une dilatation ampullaire assez vaste pour que les matières fécales y puissent circuler avec la plus grande facilité.

M. LE DENTU rapporte *deux cas de cholécystotomie pour lithiase*, suivis d'extraction d'un calcul unique dans le premier, de calculs multiples dans le second. La première malade a guéri parfaitement. La seconde a succombé, et l'autopsie a démontré que la mort avait été produite par le collapsus qui se produit ordinairement chez les cancéreux à qui on fait subir une grave opération. Chez cette malade, outre les symptômes très nets de lithiase, on avait en effet admis la possibilité d'un cancer. Dans le cas où on peut ainsi supposer l'existence d'un cancer du foie, des voies biliaires ou du pancréas, il faut s'abstenir de toute intervention, même de l'incision exploratrice. P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. DUMONTPALLIER.

M. KELSCH présente, au nom de M. Kiener, un mémoire sur les *pleurésies purulentes*. L'auteur se plaçant au point de vue anatomique décrit deux variétés principales : 1° les pleurésies fibrino-purulentes (produites par le streptocoque ou par le pneumocoque) ; 2° les pleurésies putrides. Dans les pleurésies fibrino-purulentes il distingue deux périodes,l'une d'exsudation fibrineuse, l'autre de fonte purulente. Ces affections tendent spontanément à la guérison, mais il est dangereux de les abandonner à leur marche naturelle à cause du risque d'ouverture de l'abcès pleural dans le poumon. La pleurotomie semble donc indiquée; mais seulement dans la seconde période. Une fois le liquide évacué, il ne reste pas assez de microbes dans la plèvre pour qu'il se fasse une réinfection; il est donc inutile d'introduire des antiseptiques ou des liquides indifférents dont la présence ne peut que gêner la formation des adhérences et le processus de réparation. Le pansement rare, tous les 3 ou 4 jours, jusqu'à la chute des drains.

Pour la pleurésie putride il n'en est pas de même ; ce qu'on en sait se réduit à peu de chose, et se borne à peu près à ceci qu'elle est à marche irrégulière, interminable, réfractaire au traitement. Ici les injections antiseptiques trouvent une puissante indication. Les pleurésies purulentes ne sont donc pas justiciables d'une thérapeutique uniforme.

M. LUYS donne la statistique des malades soignés dans son service pendant l'année 1890, par les méthodes dérivées de l'*hypnotisme* : fascination, transfert et courants d'aimant combinés à l'électricité. Ces malades sont au nombre de 128, sur lesquels l'orateur compte 67 guérisons, soit 52,34 0/0 ; 51 améliorations, soit 49,84 0/0 ; 10 stationnaires, soit 7,82 0/0.

Parmi ces malades, les hystériques figurent dans une grande proportion (49). Les paralysies agitantes viennent ensuite ; 3 sur 9 ont été guéries. Les épileptiques, les malades atteints de crampe des écrivains, de tremblements divers, de contractures, de paralysies, de certains troubles psychiques, suite de surmenage cérébral, ont bénéficié de la méthode du *transfert*. On peut faire accoucher les femmes sans douleur et danger à l'aide de la fascination. Les transferts paraissent aussi avoir une action toute spéciale sur les maladies du cœur même lorsqu'elles sont organiques.

M. FÉRÉOL. — La Société médicale des hôpitaux ne peut, il me semble, laisser passer la publication de faits si extraordinaires, si en dehors de ce que nous savons, sans quelques observations. Il leur faudrait un contrôle et je ne puis oublier le résultat des vérifications entreprises au sujet des recherches de M. Luys sur l'action des médicaments à distance.

M. LUYS n'est pas surpris du septicisme de M. Féréol. Les dénégations *a priori* ne sont pas des preuves, et je ne crois pas digne d'une société savante de nier des faits qu'elle n'a pas vérifiés. J'attends le jugement de faits, d'expériences de ceux qui auront expérimenté par eux-mêmes.

M. RAYMOND présente une malade atteinte d'*ecchymoses et d'une éruption pemphigoïde d'origine hystérique*.

M. RENDU lit son rapport sur la session qui vient de s'écouler.

ELECTIONS. — La Société procède à l'élection des membres du Bureau et des Conseils :

Composition du Bureau pour 1891. — Président : M. E. LABBÉ; Vice-président : M. Desnos ; Secrétaire général : M. Rendu ; Trésorier : M. Moutard-Martin ; Secrétaires des séances : MM. Comby et Letulle.

Conseil de famille. — MM. Dumontpallier, Labbé, Desnos, Rendu, Ferrand.

Conseil d'administration. — MM. Labbé, Desnos, Rendu, Moutard-Martin, Féré, Duponchel, Faisans, Landouzy, Galliard, Gérin-Roze.

Comité de publication. — MM. Rendu, Comby, Letulle, Laveran, Gilbert.

La Société se forme en comité secret pour continuer la discussion du rapport de M. Rendu, sur les propositions de M. H. Huchard.

La prochaine séance aura lieu vendredi 9 janvier.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 *décembre* 1890. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. ROUTIER lit un rapport sur une observation de M. le Dr CLAUDOT, médecin militaire au Mans. Il s'agit d'un homme qui reçut un coup de pied de cheval dans la région temporale droite et perdit connaissance ; il présentait, lorsqu'il fut examiné, une *fracture ouverte du crâne avec épanchement sanguin dans la région temporale*. M. Claudot, après désinfection, explora la plaie, enleva les esquilles osseuses et les saletés, arrêta l'hémorrhagie par un tamponnement, et son malade guérit. Le fragment du crâne enfoncé dans le cerveau et enlevé présentait à sa face interne le sillon de l'artère méningée moyenne, qui avait dû être lésée.

M. GÉRARD-MARCHANT communique une observation de *Rectopexie postérieure pour prolapsus du rectum*, exécutée à l'aide d'un *procédé un peu spécial*. — Les travaux récents sur le prolapsus rectal ne mentionnent pas les indications spéciales aux différents procédés de traitement du prolapsus connus jusqu'à aujourd'hui. Le fait suivant montre que, dans certains cas, tel procédé paraît indiqué plutôt que tel autre. Homme de 45 ans, vigoureux, ayant un prolapsus rectal intermittent, c'est-à-dire ne se produisant qu'à l'occasion des selles et réductible par le malade lui-même dans l'intervalle. Le cylindre rectal prolabé avait 10 centimètres et était constitué par la paroi tout entière de ce canal. L'anus était suffisant, quoiqu'un peu dilaté; le périnée était solide, en avant comme en arrière de l'anus. D'autre part, le rectum n'était pas ulcéré, ne présentait ni point rétréci, ni tumeur. Cela étant, on crut devoir abandonner l'idée de la résection. Le périnée étant sain, on ne jugea pas non plus indiqué de pratiquer une opération plastique analogue à celles de MM. Duret et Schwartz. On se résolut à fixer le rectum, puisqu'il n'y avait qu'un prolapsus simple. La colopexie et la colotomopexie paraissant des opérations trop sérieuses, on se rabattit sur la Rectopexie postérieure de M. Verneuil. Le rectum, étant découvert en arrière, M. Marchand fit, sur sa face postérieure, une petite opération préliminaire, consistant en une série de plicatures transversales, superposées, destinées à raccourcir la longueur du conduit. Ces plicatures furent exécutées en faisant, à travers les tuniques rectales — sauf la muqueuse, — de chaque côté, une série de nœuds au catgut, avec des fils disposés verticalement. Lange (de New-York) avait d'ailleurs opéré déjà d'une façon analogue : mais il avait rétréci le rectum dans l'autre sens. Ceci fait, M. Marchand a fixé la partie inférieure du rectum, à l'aide d'une anse de fil, à la face antérieure du coccyx, préalablement dénudé. On entrecroisa les chefs de cette anse sur la ligne médiane. Pour le reste de l'opération, on suivit pas à pas le procédé de M. Verneuil. Suites opératoires bonnes, mais suppuration qui obligea à enlever un fil. — Ce malade a été revu 6 mois après l'opération : le rectum ne sortait plus lors de la défécation. Il doit donc être, jusqu'à plus ample informé, considéré comme radicalement guéri. Toutefois, M. Marchand fait remarquer qu'il faut réserver l'avenir.

M. BERGER, qui a vu l'opéré 6 mois après l'intervention, est plus catégorique : la guérison est radicale et rien ne fait prévoir qu'une récidive surviendra. Le résultat est parfait, et quand la récidive n'est pas survenue au bout de 2 à 3 mois, elle a peu de chances de se montrer plus tard. La suppuration est difficile à éviter dans cette région, à cause de l'écoulement abondant de sérosité qui se produit lors de la fixation. Le raccourcissement du calibre du rectum, indiqué par M. Marchand, est un perfectionnement important de la rectopexie postérieure. On pourrait le faire à l'aide d'une suture en surjet suivant 2 lignes verticales postérieures. Il est aussi très bon de fixer le rectum au coccyx ; ça vaut mieux que la simple fixation cutanée.

M. TERRILLON rapporte un certain nombre d'observations ayant trait à la *chirurgie hépatique*. Il y a 5 *cholécystotomies*, avec une mort et un insuccès thérapeutique; une *cholécystectomie* avec succès ; une *résection du foie* ; deux *incisions exploratrices pour des lésions hépatiques* (abcès du foie resté introuvable et cancer des voies biliaires). Quelques-unes de ces observations méritent d'être rapportées avec détails.

Cholécystotomies : 1er *Cas* (déjà publié). La malade est guérie depuis 5 ans. — 2e *Cas :* Péritonite périhépatique, vésicule adhérente, à surface interne incrustée de sels calcaires, sans calculs libres. Guérison depuis 2 ans. — 3e *Cas :* Femme de 52 ans, ayant des coliques hépatiques. Incrustation de la vésicule, avec 200 calculs enchevêtrés dans des stalactites calcaires. Persistance d'une fistulette qui dure depuis 7 mois. La malade a engraissé de 12 livres depuis l'opération. Expulsion récente de calculs par la fistule. — 4e *Cas :* Tumeur considérable descendant au-dessous de l'ombilic (dilatation notable de la vésicule biliaire). On retire 3 litres de liquide jaune avec flocons muqueux épais. Foie hypertrophié; oblitération du canal cystique. Fistule ayant duré 6 semaines : c'est une des malades dont la guérison a été la plus rapide. — 5e *Cas :* Vésicule non adhérente. Écoulement de bile pendant 30 jours. Morte d'épuisement. Obstacle situé dans le canal cholédoque (1). Le soulagement n'a été que momentané.

(1) La *cholécystentérostomie* eut, sans nul doute, été de mise dans ce cas, si l'on avait pu soupçonner antérieurement l'obstrution du cholédoque.

Cholécystectomie. — Femme de 55 ans, tumeur non douloureuse, fluctuante. Nombreuses coliques hépatiques ; bon état. Laparotomie latérale supérieure droite ; ouverture de la vésicule, d'où on retire 200 grammes de liquide et un calcul. Adhérences très faibles. Col de la vésicule ayant 2 cent. Ligature du canal cystique et *cautérisation* au thermocautère. Pas d'écoulement de bile. Guérison depuis 13 mois.

Incisions exploratrices. — 1er *Cas.* Un jeune homme reçoit dans un duel un coup de fleuret dans le flanc droit et l'arme pénètre à 6 cent. de profondeur. Un morceau de flanelle grise a dû pénétrer dans la plaie, puisque la chemise examinée après le duel présente un trou net. Le 25e jour, après le duel, douleur dans le côté, frissons violents à deux reprises. Plaie cutanée cicatrisée. On suppose une infection du foie, un abcès dû à la pénétration d'un corps étranger septique. Incision exploratrice, à quelques centimètres au-dessous du point d'entrée du fleuret, qui a passé dans un espace intercostal. La plaie du foie est complètement cicatrisée (on sait que les piqûres hépatiques guérissent très rapidement). Ponctions exploratrices dans l'organe à 5 reprises sans qu'on puisse trouver du pus. On referme l'abdomen. Soulagement passager ; puis nouveaux frissons. Mort le 35e jour, c'est-à-dire 7 jours après l'intervention. On trouva à l'autopsie un petit abcès du foie, gros comme une noix (1).

2e *Cas.* — Malade présentant une tumeur du foie ayant les apparences d'un kyste hydatique. Le ventre ouvert, on trouve une tumeur se confondant avec le foie ; on la ponctionne. On croit à une ectasie des canaux biliaires. Extirpation impossible. On referme le ventre. Soulagement passager. Nouvelle distension de la poche si bien que la cicatrice cutanée menace de se rompre. Mort. A l'autopsie, on constate l'existence d'un *cancer des voies biliaires,* impossible à reconnaître à la palpation du foie.

M. Tuffier présente un malade auquel il a fait une *cure radicale de hernie pulmonaire.* Il insiste à ce propos sur les avantages qu'on peut retirer de l'incision thoracique exploratrice (thoracotomie ou pleurotomie exploratrices).

M. Reynier présente des trompes atteintes de *salpingite interstitielle.* Il croit qu'on n'eût pas pu les enlever par le vagin.

MM. Bouilly et Routier font remarquer que les opérations vaginales ne s'appliquent pas ordinairement à ces cas-là.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 11 décembre 1890. — Présidence de M. Polaillon

M. Picard. — *Taille hypogastrique et uréthrotomie interne chez un enfant de 6 ans 1/2.* — Il présente un malade, enfant de 6 ans environ, ayant fait trois ans auparavant une chute dans une cave, chute à la suite de laquelle se produisirent de l'hématurie et des phénomènes de rétention urinaire. Le diagnostic calcul ayant été posé, la taille hypogastrique fut pratiquée sans résultat ni succès. Enfin, pensant à une rupture de la verge avec bride cicatricielle circulaire, M. Picard pratique une récente uréthrotomie interne qui fit disparaître à la fois cette bride cicatricielle et le spasme concomitant.

M. Reliquet, au point de vue du diagnostic, rappelle l'emploi du chloroforme conseillé par Sédillot. D'après lui, on doit toujours en cas de diagnostic douteux de rétrécissement réel ou spasmodique avoir recours à cette méthode ; il cite plusieurs observations à l'appui de son dire.

M. Reynier cite un cas analogue où le chloroforme seul réussit à effectuer le diagnostic : spasme uréthral.

M. Vénidès. — *Eviscération oculaire dans les cas de panophtalmie.* — Il étudie la conduite à tenir pour le chirurgien dans les cas de panophtalmie. Il rapporte deux observations heureuses d'énucléation dans ce cas et conclut à la généralisation de cette manière de procéder.

M. Boé apporte une série de recherches bactériologiques sur la conduite à tenir en présence d'un *phlegmon oculaire.* Il en conclut que le débridement seul, sans être une opération de choix, est cependant l'opération rationelle de cette affection.

M. Pauthier soumet à la Société, avec 3 planches représentant un *fœtus-monstre,* une description complète de cette observation.

M. Porak, cherchant à déterminer le genre de ce monstre obstétrical, dit que, d'après les idées de Budin sur les tumeurs érectiles du crâne semblables à celles ici observées, il doit être rangé dans la variété *klypsencéphale.*

M. P. Reynier. — *Intervention chirurgicale rapide.* — Il rapporte l'observation d'une femme qui présentait une tumeur sanguine de l'abdomen et à qui il fit avec succès une première, puis une deuxième laparotomie malgré l'état général mauvais du sujet. Il ne put trouver de fœtus dans la masse intestinale ; mais se rapportant aux signes préalables d'une grossesse, il croit néanmoins à une grossesse tubaire avec rupture de la trompe.

M. Auvard croit que ce diagnostic seul peut s'imposer et dit que telle est l'opinion de Lawson Tait dans plusieurs cas analogues.

M. Polaillon a eu un cas semblable, mais il a réussi à trouver le fœtus au milieu des entrailles après avoir fait la laparotomie.

M. Bellencontre, par l'entremise de M. Gillet de Grandmont, soumet à la Société les observations qu'il a recueillies à Berlin sur le *traitement de la tuberculose par le traitement de Koch.* Son opinion est que le traitement est inégal au point de vue de la réaction surtout, que l'on n'obtient parfois qu'à la dose de 100 milligrammes.

M. Baratoux, également de retour de Berlin, donne aussi ses observations ; pour lui il y a lieu d'être prudent surtout dans les cas de forme laryngée de la tuberculose. Non seulement il n'y a pas pour la réaction de règle bien nette, celle-ci ne se produisant pas chez des tuberculeux avérés tandis qu'elle a lieu chez des syphilitiques ou des cancéreux, mais encore il considère que le traitement agit comme un véritable coup de fouet pour les malades torpides chez lesquels il détermine des accidents aigus ; il a vu, entre autres cas de ce genre, des méningites et des morts en collapsus à + 33°,6.

M. Cazaux a observé dans le sanatorium des docteurs Spender de nombreux malades traités d'après la méthode do Koch. D'après ces observations, la réaction, si elle n'est pas constante, est au moins la règle, ne manquant guère que 4 à 5 fois pour 100.

M. Tolédano s'élève contre l'emploi thérapeutique chez l'homme d'un médicament dont ni la composition chimique ni les réactions physiologiques ne sont connues.

Séance du 18 décembre 1890. — Présidence de M. Polaillon.

Première note sur la composition de la lymphe de Koch.

M. Léon Petit, en son nom personnel et au nom de ses collaborateurs, MM. Cérémonie et Gautrelet, après avoir fait la critique des alternatives d'engouement et de discrédit que vient de subir le traitement de Koch, s'efforce de montrer que la méthode, probablement utile au fond, n'a eu qu'un défaut, d'avoir été cliniquement employée beaucoup trop tôt, c'est-à-dire sans que la composition soit connue, sans que son expérimentation physiologique soit faite. Il pense que cette lymphe mystérieuse doit pour le moment être rejetée de la thérapeutique et rentrer au laboratoire pour y recevoir sa double sanction scientifique. Ses collaborateurs et lui, marchant dans cette voie, ont soumis la lymphe de Koch à une analyse chimique rationnelle et ont trouvé que le principe actif appartenait à la série des alcalis organiques (amines) non végétaux. Par synthèse, il ont reconstitué un produit, la *lymphe française,* présentant des propriétés organoleptiques, physiques et chimiques identiques avec la lymphe de Koch. Ils en ont déjà commencé l'étude physiologico-pathologique sur deux lots d'animaux, appartenant à toute l'échelle zootechnique, les uns sains et les autres tuberculeux.

Ils donneront d'ici peu de temps, avec les résultats physiologiques et pathologiques comparatifs de cette expérimentation, la composition exacte de leur lymphe synthétique.

(1) *Morale* : Il vaut mieux se battre en duel le *corps nu* que le thorax recouvert d'une chemise de flanelle, laquelle ne doit pas être souvent aseptique !

Service de santé militaire. — *Nominations.* — M. Marty, pharmacien principal de 1re classe, directeur de la pharmacie centrale de Paris, est promu pharmacien-inspecteur.

REVUE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

GRIPPE

I. — Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-90; par le professeur GRASSET, recueillies et publiées par le Dr RAUZIER. — Montpellier, Camille Coulet; Paris, Masson, éditeurs.

II. — La grippe dans la Seine-Inférieure; (Rapport par Raoul BRUNON, fait à la *Société de Médecine de Rouen*). — Rouen, Des hays, éditeur, 1890.

III. — Identité de la Dengue et de la grippe Influenza: par le Dr Jules ROUVIER (de Beyrouth). — Paris, V. Lechevalier, éditeur.

IV. — Leçons cliniques sur la Grippe; par le Dr VILLARD (de Marseille), recueillies par le Dr Oddo. — Paris, G. Masson, éditeur

V. — De l'Influenza, son évolution dans l'organisme féminin; par le Dr F. de BACKER. — Paris, G. Masson, éditeur.

VI. — La Gripe et les maladies infectieuses; par le Dr JASIEWCIZ, (Extrait du *Journal de médecine de Paris*, 1890).

VII. — Influenza et Paralysies vasculaires; par le Dr GIOVACCHINO DE AGOSTINI. — Torino, Bruno, éditeur, 1890.

VIII. — De la Grippe et de son traitement par le sulfate de quinine; par le Dr GELLIE. — Bordeaux, Gounouilhou, imprimeur, 1890.

I. — C'est le 19 décembre 1889 qu'a débuté, à Montpellier, la grippe, après avoir parcouru la France. Les symptômes de la maladie ont été les mêmes que ceux observés à Paris; début brusque avec fièvre, douleur dans les membres, céphalalgie, quelquefois : délire, épistaxis; la face est congestionnée, le catarrhe des muqueuses est incomplet. Outre ce type ordinaire, M. Grasset a observé encore une forme dyspnéique et une forme gastro-intestinale; il n'a observé que 3 cas d'éruption, l'une d'apparence scarlatiniforme, un autre consistant en un point avec rougeur, un troisième caractérisé par de l'urticaire. Étudiant ensuite la marche de l'épidémie à travers l'Europe, le professeur s'attache à démontrer que ce n'est pas par l'air que les germes de la grippe se sont répandus, mais bien par contact des individus ou des objets (Hôtel des Postes, magasins du Louvre). Pour M. Grasset, l'absence d'éruption et la fréquence des troubles respiratoires, tout au moins pendant la convalescenee, doivent faire séparer la grippe de la dengue. La maladie régnante, dénommée « influenza », aurait donc bien été la dengue. L'auteur retrace ensuite le nombre des décès à Montpellier, pendant l'épidémie, en comparaison de la mortalité ordinaire des mêmes mois et de celle des épidémies antérieures; puis il énumère les différentes complications de la grippe, par fluxion d'origine grippale, par infection secondaire et par troubles généraux. — Au point de vue thérapeutique, il existe à la fin de cette intéressante étude un chapitre sur le traitement à administrer dans les différentes formes de grippe aux diverses périodes de la maladie.

II.— La grippe a envahi le département vers le 15 décembre 1889, puis a disparu graduellement vers la fin de février 90. Le point de départ de la contagion a été Paris; Rouen a été contaminé après les points intermédiaires le séparant de cette dernière. Les personnes, les objets semblent avoir été dans presque tous les cas les agents de transmission de la maladie. Le nombre de cas a été d'autant plus grand que l'accumulation de monde était plus considérable; dans les administrations la proportion des malades a été d'environ 40 0/0. Les hommes ont été plus éprouvés que les femmes. Les symptômes ont été ceux observés partout; la convalescence a été très longue, les éruptions ont été rares; dans la campagne, ces signes ont été très simples, moins graves. Cependant, c'est à la campagne qu'il y a eu, quoique très rares, les faits les plus anormaux. La plupart des médecins ayant répondu à l'appel de leurs confrères de Rouen ont observé 3 formes : nerveuse, thoracique, abdominale. La seconde partie du rapport comprend les réponses les plus importantes de ces confrères. Ce rapport est fort intéressant; il ajoute des faits à l'étude encore imparfaite de la grippe épidémique.

III. — Le Dr Rouvier arrive, en mettant en regard les différents symptômes de la grippe et de la dengue, à conclure qu'il y a identité entre les deux épidémies; la fréquence et l'intensité des phénomènes varient seulement avec l'une et l'autre. L'épidémie de grippe a succédé en Egypte et en Syrie à une épidémie de dengue, puis a envahi le Turkestan, Constantinople, la Russie, puis les diverses capitales de l'Europe. Les complications pulmonaires ne sont survenues qu'avec l'apparition du froid; la brusquerie d'invasion a été la même dans les deux maladies, dans la majorité des cas. En Syrie, pendant l'épidémie de dengue, on a observé des formes atténuées n'empêchant pas les malades de vaquer à leurs affaires. Dans l'épidémie de grippe on a noté la céphalalgie, les troubles nerveux, la douleur des genoux du début, accompagnés d'une élévation thermique intense comme dans la dengue. L'éruption, qui n'a pas été notée par certains auteurs durant la première, peut aussi manquer dans la seconde; il en est de même pour la desquamation consécutive. La grippe serait donc la dengue des pays septentrionaux.

IV. — Les leçons du Dr Villard forment une étude complète de l'épidémie de grippe de 1889-90. Le professeur de Marseille a réuni dans ces cliniques, faites d'après ses observations personnelles, une science approfondie de cette maladie, et un ordre parfait d'exposition facile à suivre pour l'auditeur et le lecteur, ordre d'autant plus ardu à trouver que les modalités de la grippe sont innombrables. La première leçon nous retrace les diverses formes de la maladie : formes frustes, formes nerveuse, broncho-pulmonaire, digestive, etc. Les formes graves sont retracées dans la seconde leçon, ainsi que la mortalité dont la gravité a contredit la plaisanterie de Broussais, qui en faisait un « farfadet » inventé par les médecins sans clients. Le Dr Villard continue les leçons suivantes, sur l'influence de la grippe sur les maladies préexistantes ou intercurrentes (impaludisme, lésions des organes respiratoires, tuberculose, lésions cardiaques, rhumatisme, etc.), sur la convalescence, puis sur le diagnostic, la pathogénie, l'anatomie pathologique. Le professeur admet, quoique difficilement, l'identité de la grippe et de la dengue atténuée; un de ses principaux arguments contre cette idée est le mode d'extension de cette dernière en Syrie, à la façon d'une tache d'huile, tandis que l'envahissement de notre grippe a procédé par bonds. Dans ces 2 modes d'extension, toute la différence tient dans la plus ou moins grande rapidité des transports, différente en Orient et dans le reste de l'Europe. Ici, c'est d'une capitale à l'autre que tout d'un coup s'est transportée l'épidémie; puis des capitales elle est passée dans les grands centres et dans les localités desservies par les chemins de fer, d'où enfin elle a fait la tache d'huile. Ce n'est plus une seule goutte de ce liquide qui a graissé la carte de l'Europe, mais une multitude de gouttes lancées comme par un pinceau trempé dans l'huile, de l'Orient vers l'Occident. Si l'épidémie a présenté des troubles respiratoires en Occident, c'est qu'elle est apparue dans ces pays au moment où les lésions broncho-pulmonaires sont extrêmement nombreuses, et qu'elle a, en les affaiblissant, mis les individus dans un état de réceptivité plus grande pour ces affections.

Les leçons suivantes retracent les différents modes d'invasion et de propagation de la grippe, puis la pneumonie grippale et les différentes études bactériologiques faites à ce sujet. Cette série de cours se termine enfin par une étude fort intéressante sur la grippe chez l'enfant, et est close par des conclusions générales, parmi lesquelles nous remarquons les suivantes : La terminaison fatale de la grippe résulte avant tout de l'action directe de la cause infectieuse sur le système nerveux central, et secondairement des localisations sur les organes respiratoires et l'appareil circulatoire; la grippe n'aime pas la pneumonie, mais la pneumonie aime la grippe; l'une est une maladie à streptocoques, l'autre à pneumocoques.

V. — L'auteur crée une forme utérine de l'influenza caractérisée par de la fluxion ovarique douloureuse avec troubles menstruels, douleurs lombaires et sacrées (tous les malades, hommes, femmes, enfants, les ont éprouvées cependant), par de la tendance à l'ovulation (nous ne savons pas comment on peut le constater) et à la fausse couche, par le prurit vulvaire consécutif à l'éruption, par la constipation opiniâtre. L'influenza prédisposerait aux accidents puerpéraux (et les mains de l'accoucheur !). Elle exige des soins antiseptiques spéciaux et demande l'élimination des principes infectieux par les reins, la peau et l'intestin. Encore une forme à ajouter aux autres.

VI. — Cet opuscule est destiné à poursuivre la démonstration de la thèse favorite du Dr Jasiewicz, à savoir que les différentes maladies infectieuses ne sont que les diverses modalités d'une même infection. L'auteur expose les symptômes, la marche et la propagation de la grippe, afin d'arriver à en prouver les caractères infectieux. Il établit ensuite les rapports de similitude entre la grippe et la fièvre typhoïde, ainsi que les fièvres éruptives, le choléra, la dysenterie. La grippe est pour lui une maladie atténuée, tirant son caractère de gravité de ses rapports avec ces dernières maladies. Il pense qu'on pourrait éviter les ravages de la grippe par la vaccination Jennérienne.

VII. — L'auteur regarde la plupart des phénomènes inhérents à l'influenza comme des troubles d'origine vasculaire : lésions pulmonaires, toux, crachats, fièvre; aussi s'attaque-t-il à la parésie vasculaire dans la médication qu'il emploie, et qu'il propose. Au lieu d'agir sur la température centrale, il diminue la température périphérique par les lotions froides. Suit une énumération de toutes les affections dans lesquelles il aurait utilisé ces affusions froides avec succès : croup, kératite, irido-kératite, méningite, etc....

VIII. — Depuis longtemps le sulfate de quinine est administré comme traitement de la grippe. Hérard et Dartigolles avaient, il y a 17 ans, préconisé son emploi. Le Dr Gellie a repris cette médication et en a éprouvé les bons effets chez ses malades. Pour lui, le sulfate de quinine agit comme névrosthénique et antiseptique avec bons résultats dans toutes les formes de la grippe. Il abrège la durée de la maladie, prévient les complications graves et, en particulier, les accidents pulmonaires. L'auteur donne le médicament en une seule fois par jour, ou à deux intervalles rapprochés. L'antipyrine ne pourrait, d'après ses recherches, remplacer, à tous les points de vue, le sulfate de quinine. A. R.

CORRESPONDANCE

La réforme de l'organisation des services de chirurgie à Paris.

Nous publions à titre de renseignement, réservant notre appréciation, la note très intéressante qu'on a bien voulu nous adresser. B.

Depuis quelques années on voit se produire, avec une intensité de jour en jour croissante, des plaintes contre l'organisation actuelle de nos hôpitaux de Paris. D'une part, l'Administration se voit dans l'impossibilité d'assurer, avec son personnel actuel, les soins médicaux que les malades sont en droit d'exiger (1). D'autre part, on constate avec tristesse la stérilité scientifique de nos jeunes chirurgiens, comparée à celle des hommes du même âge des pays étrangers.

Les deux questions sont connexes et tiennent à une même cause. Actuellement, *de 28 à 34 ans en moyenne, tout futur chirurgien est tenu à l'écart des services hospitaliers* et perd son temps à préparer un concours dans des conférences purement théoriques, alors qu'il pourrait, avec beaucoup plus de fruit, travailler au contact des malades. Aussi les études cliniques sont-elles de jour en jour plus délaissées, au grand détriment de notre pays, qui, de tous temps, avait brillé par la précision du diagnostic et le bon sens des décisions thérapeutiques de ses chirurgiens.

Alors que, depuis 20 ans, la chirurgie s'est complètement transformée, que son horizon s'est considérablement étendu, on voit, péniblement conservée, l'organisation hospitalière de la première moitié de ce siècle. Bonne à une époque où la chirurgie se limitait aux interventions sur les membres et la face, où les pansements, à peu près abandonnés aux infirmiers, étaient sans importance et ne prenaient pas le temps du titulaire du service, cette organisation est aujourd'hui manifestement insuffisante. Alors que tous les autres pays ont modifié leur organisation hospitalière, le nôtre — nous avons regret de le dire — en est au même point qu'il y a 50 ans. Les modifications à apporter, utiles dans les services de médecine, sont nécessaires dans ceux de chirurgie. Une réforme urgente s'impose pour ceux-ci.

A cet égard, nous devons signaler un projet adressé au directeur de l'Assistance publique sous forme de requête par les candidats au titre de chirurgien des hôpitaux. — Par les candidats? — Cela peut sembler anormal au premier abord; cela a paru tel à plusieurs d'entre eux, lorsqu'un chirurgien des hôpitaux, M. Chaput, les invita à se réunir chez lui pour causer des modifications à apporter au concours actuel. Le plus grand nombre n'auraient même, si nous sommes bien informé, pas répondu à cet appel, s'ils n'y avaient été vivement engagés par quelques-uns de leurs chefs. C'est, forts de ces appuis, autorisés qu'ils se sont décidés à discuter la sauce à laquelle ils désiraient être mangés.

En principe il a semblé, à 17 candidats sur 19, qu'il y avait lieu de créer des Assistants en Chirurgie.

La multiplication des services, sorte de nivellement inférieur des chirurgiens des hôpitaux, bien que des plus tentantes au point de vue du nombre des places à acquérir et de la rapidité avec laquelle on pouvait devenir titulaire, leur a paru mauvaise en principe. Jeune, on a tout intérêt à profiter de l'expérience de plus âgé que soi; vieux, on a avantage à avoir à ses côtés un aide suffisamment instruit pour qu'on puisse se décharger sur lui d'une partie de la besogne, suffisamment actif pour augmenter le mouvement d'un service.

De plus, il était d'une importance capitale de ménager les situations acquises et même de conserver, dans l'avenir, les chirurgiens dits du Bureau central, afin de maintenir une réserve, susceptible de fournir au besoin, d'un coup, un grand nombre de chirurgiens titulaires, sans que pour cela une génération de candidats fût par trop favorisée au détriment d'une autre.

Dans ce double but, les candidats (1) ont adressé à M. Peyron le projet suivant :

I. Il est créé des Assistants en chirurgie dans les hôpitaux de Paris. Ils ont pour fonctions de faire les suppléances et d'assurer le service de la consultation. Ils peuvent être chargés par le chirurgien titulaire des opérations d'urgence. Un assistant est attaché en principe à chaque service de chirurgie. Toutefois, pendant les premières années, le recrutement sera subordonné aux besoins des services et aux demandes des chefs.

II. Les assistants sont nommés par un concours spécial pour une période de six ans.

III. Chaque chef de service a le droit de désigner son assistant. Les assistants disponibles seront affectés aux services vacants par ordre d'ancienneté.

Articles additionnels.

A. Les chirurgiens du Bureau central peuvent remplir les fonctions d'assistant jusqu'à leur placement définitif.

B. Ils conservent les mêmes droits que par le passé relativement aux suppléances. Mais ils ne peuvent faire la suppléance de deux services à la fois.

C. Les assistants peuvent, tout en conservant leur titre, remplir les fonctions de chef de clinique.

Projet de règlement du concours des assistants.

1° Sont admis à prendre part au concours les docteurs ayant la qualité de Français et justifiant, soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, soit de quatre années d'exercice à dater de leur thèse.

2° Les épreuves du concours consistent en :

A. Une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie externe. Il sera accordé trois heures pour cette composition. Il lui sera attribué un maximum de 30 points.

B. Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie externe. Il sera accordé au candidat 20 minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

C. Trois opérations sur le cadavre : deux ligatures et une amputation. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points.

(1) Aux vacances dernières, on voyait le même chirurgien chargé à la fois, sans compter la consultation du Bureau central d'un service à l'hôpital Tenon à Ménilmontant, d'un autre aux Enfants assistés, près de l'Observatoire, d'un troisième à Bichat, à la porte Saint-Ouen !!! C'est là un exemple entre mille.

(1) Les 17 candidats, qui ont signé la requête au Directeur général de l'Assistance, sont : MM. Albarran, Beurnier, Castex, Clado, Delbet, Demoulin, Guinard, Hallé, Hartmann Lejars, Lyot, Ménard, Récamier, Rieffel, Rochard, Thierry, Villemin.

D. Une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes qu'il emploiera à son gré pour l'examen et la réflexion et 15 minutes pour l'exposition devant le jury. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

Projet de règlement du concours pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux.

I. Chaque année, après la nomination des assistants, aura lieu, devant un deuxième jury, un concours pour deux places, au moins, de chirurgien des hôpitaux.

II. Les assistants sont seuls admis à prendre part à ce concours.— III. Les épreuves de ce concours consistent en :

A. Une épreuve de clinique orale sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes qu'il emploiera à son gré pour l'examen et la réflexion, et 15 minutes pour l'exposition devant le jury. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

B. Une consultation écrite sur un malade, pour laquelle il sera accordé 50 minutes après 15 minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points.

En pratique, quel sera le résultat de cette réforme, si elle est adoptée dans ses grandes ligues? Au premier moment, comme toute réforme, elle rencontrera l'opposition de quelques rares chirurgiens, hostiles à toute idée nouvelle (1). Cette opposition ne durera pas; nous avons la conviction que, sous peu, tout titulaire d'un service voudra un adjoint. Actuellement, déjà contrairement aux règlements, presque tous les chirurgiens du Bureau central se sont volontairement attachés comme assistants à des services divers. Il n'y a donc, à leur point de vue, qu'à régulariser une situation qui existe en fait. Restent à pourvoir une quinzaine de services. Nous ne doutons pas que, du jour au lendemain, certains des titulaires de ces services ne soient heureux d'avoir un adjoint sous leurs ordres (2) Il y a, en tous cas, nécessité absolue de remplaçants au moment des vacances. Nous avons vu, au début de cet article, à quoi en était réduite l'Administration durant cette période de l'année.

Un nombre de 8 assistants pour le prochain concours (3), de 6 pour le deuxième, de 4 pour les suivants, nous semble, selon toutes probabilités, le chiffre nécessaire pour assurer, d'une manière régulière, les services, si ces assistants sont nommés pour 6 ans. On arrivera ainsi à placer rapidement le stock des candidats accumulés et à faire de la place aux jeunes, presque au sortir de l'internat; dès lors, plus de ces conférences byzantines, où l'on ressasse d'une manière continue toutes les questions, et possibilité de travailler sérieusement pour les assistants qui, ayant fait preuve de connaissances théoriques, dans le concours à la suite duquel ils auront été nommés, pourront acquérir au lit du malade une instruction clinique réelle et se préparer ainsi efficacement à remplir, dans la suite, les fonctions de chirurgien des hôpitaux.

Ainsi, croyons-nous, pourraient être assurés, d'une part les services hospitaliers, de l'autre l'éducation chirurgicale d'une série de jeunes travailleurs qui ne demanderaient, pour apprendre leur métier, que le moyen de le faire sous l'œil de leurs maîtres. X...

De la Vagino-fixation du col utérin.

Trachélopexie vaginale postérieure.

A M. le Pr Bossi, directeur de la clinique obstétricale et gynécologique de l'Université de Gênes,

Monsieur le Professeur,

Dans un article récent (4), répondant à une critique formulée dans ma thèse (5), vous prétendez n'avoir point voulu vous approprier la technique opératoire des procédés de *Trachélopexie vaginale postérieure* d'Amussat, Richelot père et Courty.

Je veux bien admettre que vous n'opérez point de la même façon et dans les mêmes conditions que les chirurgiens français dont je viens de citer les noms. Mais, en somme, le *principe* qui sert de base à votre opération — *Possibilité du redressement d'un utérus rétrodévié par la fixation du col à la paroi postérieure du vagin* — est absolument le même que celui qui a guidé Amussat, Richelot, Courty. Or, sur ce point seul portait ma critique. Je tiens à faire remarquer que votre réplique ne l'a pas réfutée.

De plus, quoique vous en disiez, votre *vagino-fixation* du col est bien une *trachélopexie vaginale postérieure* (1), si les comptes rendus de votre communication au Congrès de Berlin, publiés dans les journaux français et allemands (2), sont exacts, si la figure de votre dernier mémoire représente bien le schéma de l'opération que vous préconisez.

Veuillez agréer, Monsieur le Professeur, etc.

Dr Marcel Baudouin.

BIBLIOGRAPHIE

Syphilis et Santé publique; par le Dr Barthélemy, médecin de Saint-Lazare.

Le livre que vient de publier M. le Dr Barthélemy soulève un des problèmes d'hygiène les plus difficiles qui puissent s'offrir à la méditation, non seulement des médecins, mais de tous ceux qui s'intéressent à la santé publique, à l'avenir et à la conservation de la race. Il a le singulier mérite de poser hardiment les questions et de chercher à les résoudre; qu'on soit partisan ou non des idées de l'auteur, les arguments en faveur de la thèse soutenue sont présentés avec tant d'insistance et de vigueur qu'ils sont de nature à forcer l'attention même de ceux dont ils ne sauraient entraîner la conviction En une semblable question, il est d'ailleurs nécessaire d'entendre tous les témoignages, et de recueillir toutes les opinions, si l'on veut arriver à une solution satisfaisante. Dans ce journal, qui défend d'autres idées, notre intention n'est point de prendre parti, mais de rendre impartialement compte d'un ouvrage remarquable, œuvre de conviction profonde et plein de faits, dans lequel l'auteur n'a été manifestement guidé que par le souci de l'intérêt public. Le sujet du livre se divise tout naturellement en deux parties qu'on pourrait intituler « le mal, le remède ». Dans la première partie, dans la partie scientifique, l'auteur n'a point de peine à démontrer que le mal provenant de la syphilis est profond, à considérer ses effets soit dans l'individu, soit dans la famille, soit dans l'espèce. Non seulement il frappe les responsables, c'est-à-dire ceux qui s'offrent volontairement à ses coups, mais encore et souvent les innocents, auxquels la société doit protection. Les observations, les documents abondent, montrant les désordres produits chez l'individu, dans tous les organes, dans tous les systèmes, dans la descendance, le rachitisme, l'imbécillité, l'idiotie, etc., et toutes les formes de la dégénérescence. Le tableau est véritablement effrayant et n'est malheureusement pas exagéré. Quand une maladie produit de pareils désastres, elle constitue un véritable péril social dont doivent se préoccuper les pouvoirs publics. C'est ici que l'auteur aborde la seconde partie de son ouvrage : le remède, qui en est la véritable conclusion. Tout le monde sait d'où vient la syphilis, comment elle se propage: tout le monde connaît l'*inviteuse* des brasseries (que montre un charmant croquis), la *raccrocheuse* des rues, les mille combinaisons de la prostitution clandestine, à côté de la prostitution surveillée, celle-là est cent fois plus dangereuse que celle-ci. Il ne suffit pas de soigner et de guérir le mal une fois produit, il faut surtout le prévenir. Ici j'expose les principaux moyens préconisés par le Dr Barthélemy; d'abord, il faut réclamer la stricte application des lois existantes sur les garnis, sur les proxénètes, sur les souteneurs; mettre les mineures prostituées, dont le nombre est effrayant, dans des établissements de coercition, soit publics, soit privés; instituer des dispensaires multiples dans tous les quartiers avec distribution de médicaments et pansements

(1) Nous l'avons bien vu lorsque nous avons demandé et obtenu la création des *accoucheurs des hôpitaux* (B).

(2) Nous pouvons même l'affirmer pour quelques-uns.

(3) Indépendamment des deux candidats nommés chirurgiens des hôpitaux cette année.

(4) *Riv. di Ost. e Gin.*, 31 oct. 1890, nº 25, p. 370.

(5) *Hystéropexie abdominale antérieure*, p. 9.

(1) La *Trachélopexie vaginale* (τραχελος, col; πῆξις, fixation) est la fixation du col à l'une des parois du vagin ; la *T. postérieure*, la fixation du col à la paroi vaginale postérieure.

(2) *C. f. Gyn.*, suppl. du nº 39, p. 151, 1890. — *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 25 septembre 1890, p. 507. — *Ann. de Gyn.*, oct. 1890, p. 311.

gratuits; mettre, en résumé, partout où l'on pourra, des soins immédiats et bienveillants à la disposition des syphilitiques. Voilà pour les moyens préventifs. Mais il faut en venir aux moyens répressifs, à la *réglementation*. La prostituée fait marché de son corps, elle vend une marchandise dont on a le droit de connaître la qualité; elle doit donc être soumise à une surveillance méthodiquement organisée. Malade, elle devra être maintenue en traitement (mais traitée comme une malade et non comme une prisonnière). La période contagieuse de la syphilis ne dépasse guère trois ans; on pourra donc abandonner la surveillance de toutes les vieilles syphilitiques, qui ne sont plus dangereuses. Tel est, très succinctement, le système de l'auteur, qui ne craint pas d'entrer dans tous les détails d'exécution qu'il serait trop long de rapporter ici mais qui, dans l'espèce, ont tous leur importance. Le Dr Barthélemy n'oublie pas d'indiquer les moyens d'empêcher la propagation de la vérole dans l'armée, où elle fait tant de ravages, etc.

Nous n'avons donné qu'une faible idée de ce livre substantiel où sont étudiées et analysées dans leurs résultats les législations étrangères, où sont montrés les vices et les lacunes de la législation française actuelle, où sont envisagées même les conséquences budgétaires des nouvelles mesures proposées, etc. Nous n'osons dire cependant que l'auteur a répondu à toutes les objections et envisagé toutes les difficultés inhérentes à la solution du problème. Il nous suffit et il nous est très agréable de constater que le Dr Barthélemy a montré dans son ouvrage non seulement les qualités d'un observateur et d'un dialecticien remarquable, mais encore d'un écrivain plein de ressources et souvent d'éloquence. CRUET.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889; par BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET. Vol. X, avec 22 fig. et une planche chromolithogr. — Paris, 1890. Bureaux du *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé.

Comme ceux qui l'ont précédé, ce volume débute par le sous-titre suivant: « 1re Partie, Histoire du service pendant l'année. » Et, en effet, c'est tout le service qui en quelques pages défile devant nous avec les multiples incidents, gros ou petits, malheureux ou favorables que les semaines et les mois amènent avec eux. Cette histoire, au jour le jour du service de Bicêtre, voilà qu'elle compte maintenant 10 ans de date, car ce volume est le dixième. Le chiffre est fatidique, et il ne sera, je pense, ni sans intérêt, ni sans profit pour tous de jeter dès maintenant un regard en arrière.

Lorsque M. Bourneville prit en mains le service de Bicêtre, ce service renfermait comme annexe un petit groupe d'idiots, groupe ou troupeau végétant, sans espoir, jusqu'à ce que quelque maladie intercurrente eût mis fin à leur triste existence. Sans doute, les soins matériels indispensables étaient loin de faire défaut, mais on n'allait guère au delà. En présence de l'énormité de la tâche et de ses difficultés, M. Bourneville, résolu à concentrer ses efforts pour les voir sûrement aboutir, n'hésite pas à résigner en d'autres mains une grosse portion de son service, celle constituée par la section des épileptiques adultes. La portion qu'il garde, celle qui excite tout son intérêt, c'est l'annexe dont il était question tout à l'heure, celle des Enfants idiots. Tout était à créer: construction de bâtiments suffisants pour loger les enfants et les nouveaux services, installation de locaux aérés et spacieux pour les classes, les dortoirs, les réfectoires, les lavabos; organisation d'ateliers divers dirigés par des maîtres ouvriers; ouverture d'un service de consultation externe, etc., etc. — Comme on le pense bien, cela ne se fit pas en un jour, ni sans des efforts opiniâtres. L'administration, alors défiante, on pourrait dire hostile, se refusait à rien accorder; ceux qui ont lu les premiers volumes de la série se souviendront sans doute de l'âpreté de la lutte.

Peu à peu, cependant, les obstacles se sont aplanis, une bonne volonté générale a fait place à la défiance des premiers jours, et cela, il est juste de le reconnaître, sous l'impulsion nouvelle donnée par le directeur de l'Assistance publique, M. le Dr Peyron. Quoi qu'il en soit, les améliorations ont succédé aux améliorations, et, actuellement, le service si déshérité au début, est devenu « un service modèle », de l'avis unanime de tous ceux qui l'ont visité, médecins français et étrangers.

Et ce qui fait ce service modèle, qu'on ne s'y trompe pas, c'est moins encore la perfection de l'installation matérielle que le soin avec lequel tous les efforts convergent vers un même but: le traitement de l'enfant et son éducation. Il n'est pas possible d'entrer ici dans le détail des méthodes et de montrer par quelle série d'examens variés on parvient à donner à ces idiots les notions nécessaires à l'usage de leurs membres et à leur inculquer, entre autres habitudes, celle de la propreté. Nous nous bornerons à citer textuellement le passage suivant du dernier compte rendu; rien ne saurait donner une idée plus juste de la sollicitude qui préside aux moindres détails.

« Sur les 207 enfants idiots valides qui restaient au 31 décembre 1889, 58 se servent de la cuiller seulement, 99 de la cuiller et de la fourchette, 50 de la cuiller, de la fourchette et du couteau. 11 enfants gâteux sont devenus propres..... Les *leçons de toilette* (lavage de la figure, des mains, propreté de la chevelure, cirage des souliers), les *exercices des mains* (fermer, ouvrir les mains, agiter les doigts, les allonger, les étendre et les plier isolément, etc.), les *leçons de choses*, les *promenades avec interrogations*, *l'éducation des sens et de la parole* constituent comme toujours la base de l'enseignement. »

Quant aux enfants de la Grande Ecole propres et valides, imbéciles, arriérés, instables, épileptiques et hystériques ou non, au nombre de 168, le but, pour eux aussi, est l'*Instruction*; mais non plus seulement cette instruction rudimentaire qui, à beaucoup de gens, semblait largement suffisante pour des infirmes de l'esprit. L'instruction qui leur est donnée est une véritable instruction professionnelle. Ce qu'a voulu éviter M. Bourneville, et il faut lui en faire honneur, c'est que, faute d'une béquille, ces boiteux du cerveau ne fussent condamnés à l'inaction absolue. Dès maintenant, chacun est mis en possession d'un métier manuel: tel devient menuisier, tel autre cordonnier, tailleur, serrurier, vannier, imprimeur, etc..... Tous se montrent fiers de « travailler. » Et il ne faudrait pas croire que leur travail soit un simple passe-temps; quelque bizarres que soient ces apprentis, beaucoup font de bons ouvriers. A cet égard, il suffit de consulter les chiffres. Voici ce qu'a produit en 1889 le travail de quelques ateliers: menuisiers, 6.209 fr.; cordonniers, 2.655 fr.; tailleurs, 6.391 fr.; serruriers, 4.621 fr., etc., le total pour l'ensemble des ateliers étant de 26.000 fr. Or, le salaire des maîtres-ouvriers qui président à ces travaux et forment les apprentis ne montant qu'à 16.000 fr., l'excédent de la production des ateliers se trouve être de 10.000 fr. C'est dire que dans quelques années le bénéfice sera suffisant pour couvrir l'intérêt du capital engagé dans la construction de ces ateliers. On voit que dès à présent il ne reste plus aux détracteurs de la première heure la moindre raison pour prétendre que cette bonne action soit une mauvaise affaire.

La 2e partie, formant les 3/4 du volume, est consacrée à l'étude de quelques questions de thérapeutique, de clinique et d'anatomie pathologique. Continuant ses travaux antérieurs de critique au sujet des médicaments préconisés contre l'épilepsie, M. Bourneville donne cette année les résultats obtenus dans son service par l'emploi du *Bromure d'or*, du *Bromure de camphre* et de la *Picrotoxine*. Les deux premiers de ces médicaments paraissent avoir quelque action, surtout le bromure de camphre contre les accidents vertigineux; quant au dernier, il ne serait que très peu actif.

Puis vient un travail d'ensemble sur une question particulièrement intéressante, et que, depuis longtemps (*Archives de Neurologie*, tome XII, XVI et XVII), M. Bourneville a fait sienne: l'*Idiotie avec cachexie pachydermique*, ou, en d'autres termes, le *Myxœdème* chez les enfants. Tout en passant de nouveau en revue les principaux traits de cette affection, l'auteur rapporte 8 nouveaux cas, dont 3 empruntés à des publications étrangères et 5 personnelles. Parmi ces derniers, trois furent suivis d'autopsie, et chez tous trois on constata l'absence du corps thyroïde. Dans un appendice, à la fin du volume, se trouve une sixième observation personnelle.

L'étude si rudimentaire encore des lésions histologiques de la substance grise dans les encéphalites chroniques de l'enfance reçoit une importante contribution de M. A. Pilliet,

ancien interne de M. Bourneville, qui a mis à profit la riche collection de cerveaux du service de Bicêtre.

Enfin, MM. Bourneville et Sollier rapportent l'observation détaillée de 5 frères et sœurs atteints d'hystéro-épilepsie.

Telle est « l'Histoire du service » pour 1889 et pour la dernière période décennale. Combien, parmi tous les services hospitaliers de France, pourraient en présenter une semblable?

Pierre Marie.

Etude sur les drychomycoses onicophytiqueet favique et la pelade unguéale; par Lespinasse.— Thèse de doctorat, 1890. — Steinheil, éditeur.

Dans ce travail intéressant et bien fait, l'auteur passe en revue les altérations que présentent les ongles sous l'influence parasitaire. Deux champignons, le tricophyton tonsurans et l'achorion Schœnleinii, peuvent se localiser sur ces organes et produire un état spécial d'infiltration. La première partie de cette thèse est réservée à l'étude de ces altérations tricophytique et favique des ongles ; la deuxième partie à l'étude de pelade unguéale. L'onychomycose tricophytique offre un type clinique assez net qui coïncide souvent avec d'autres lésions analogues de la peau. L'ongle augmente d'épaisseur et peut atteindre cinq millimètres. Il se divise en deux couches, l'une superficielle, cornée, compacte, l'autre située en dessous, friable, en moelle de jonc, facile à dissocier en soulevant fortement l'ongle. Sa surface, teintée en jaune brunâtre par places, est parcourue par des bosselures et des inégalités. Les régions péri-nnguéales ne présentent ordinairement pas de tuméfaction ou d'épaississement. La lunule est assez souvent respectée; en tout cas, elle n'est jamais atteinte isolément car les lésions vont du bord libre vers la partie basale. Le tricophyton fait son invasion par les bords, par les couches cornées, superficielles. L'onychomycose favique a aussi son cachet propre et coïncide la plupart du temps avec un favus du cuir chevelu. L'épaississement de l'ongle n'est pas aussi considérable que dans le cas précédent. Sa coloration tire aussi davantage sur le jaune : on n'y constate pas ces petites traînées jaunes brunâtres si commuues dans la tricophytie. Cette variété d'onychomycose ne se distingue pas par des bosselures superficielles saillantes et en dos d'âne, mais plutôt par des fissures profondes qui divisent l'ongle en segments. L'ongle favique s'érode et s'use peu à peu et le travail d'usure marche du lit unguéal vers la périphérie. Tandis que dans la tricophytie la lésion débute par les lames cornées superficielles, dans le favus elle commence par le lit unguéal sur lequel on trouve le dépôt parasitaire. Le favus se développe donc surtout sous l'ongle, entre le derme sous-unguéal et la couche cornée de l'ongle, tandisquele tricophyton faitson invasion par les bords, par l'extrémité libre. Plus superficiel que l'achorion, le tricophyton peut pénétrer rapidement à travers toutes les lamelles unguéales. Dans le favus, la prolifération se fait sous l'ongle. Au microscope, on trouve dans les deux cas les spores et le mycélium avec prédominance, suivant les cas, de l'un ou des autres, mais un ongle parasitaire étant donné, sans aucun renseignement clinique, les renseignements histologiques sont insuffisants pour qu'on puisse affirmer s'il s'agit de tricophytie ou de favus. Dans la majorité des cas, les ressemblances entre les deux parasites sont trop grandes pour qu'on soit en droit d'affirmer autre chose qu'une onychomychose.

Telle est cette première partie de la thèse qui est, je le répète, une fort bonne étude clinique et microscopique de l'ongle tricophytique et favique. La seconde partie prête malheureusement à la discussion. L'auteur y étudie les altérations de l'ongle dans la pelade. Il existerait d'après lui deux types de lésions unguéales : la chute de l'ongle et son usure avec effritement. A la surface de l'ongle se dessinent des stries longitudinales ; peu à peu l'ongle s'effrite, devient friable et disparaît en quelque sorte par usure. Dans d'autres cas, il y aurait plutôt décollement et chute rapide de l'ongle, qui laisserait au-dessous de lui le rudiment d'un nouvel ongle. En somme, dit l'auteur, les altérations des ongles dans la pelade paraissent se rapprocher davantage des troubles dystrophiques que des lésions parasitaires et il conclut en disant que la pelade unguéale est sous la dépendance d'une action trophonévrotique et qu'on ne peut lui assigner d'origine parasitaire. Or cette étude de la pelade unguéale n'est, à dire vrai, basée que sur deux observations de pelade de la barbe. Dans l'une de ces observations, il y a, en outre, de tels signes de lésions nerveuses qu'il faut convenir qu'on a bien plutôt affaire à une trophonévrose cutanée qu'à une dermatomycose possible. Par une singulière contradiction, l'auteur, qui étudie les affections parasitaires des annexes de la peau, se fonde précisément, pour décrire la pelade des ongles, sur deux cas qui plaident le moins en faveur de l'origine parasitaire de la pelade. La valeur de cette description eût été bien différente, si l'auteur se fût appuyé sur des cas où la contagion, le fait d'épidémie par exemple, plaident en faveur de la pelade parasitaire. En d'autres termes, tant que nous ne serons pas mieux fixés sur la nature *des pelades*, il est plus logique de chercher le parasite dans les cas où la clinique semble indiquer qu'on a des chances de le trouver et de classer dans une autre catégorie les faits où la nature trophonévrotique de l'affection peut tout au moins être douteuse. Or il est incontestable que les faits sur lesquels s'appuie le Dr Lespinasse seraient mal choisis pour défendre la théorie du parasite de la pelade en général : ce n'est pas, en tout cas, sur ces malades qu'on serait tenté de rechercher ce champignon inconnu. Quoi qu'il en soit de cette légère critique, cette étude des altérations des ongles, qu'il s'agisse de pelade vraie ou de peladoïde trophonévrotique, aura pour résultat d'appeler l'attention sur la possibilité de faits qu'on peut dire inconnus, et, à cet égard encore, la thèse de M. Lespinasse sera consultée avec le plus grand profit.

Paul Raymond.

Traité de botanique médicale cryptogamique ; par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine. Oct,. Doin, éditeur.

L'ouvrage que nous présentons au lecteur est la suite du *Traité de botanique phanérogamique*, publié antérieurement par M. le Pr Baillon; c'est ce qui lui permet de commencer, sans notions préliminaires, l'étude des différents *Cryptogames*. L'organisation de ces plantes, devenues aujourd'hui si importantes au point de vue médical, et que l'on désigne aussi sous le nom d'*Agames*, a été longtemps méconnue. On sait aujourd'hui que, si elles ne possèdent pas de fleurs proprement dites, elles sont souvent pourvues d'organes analogues aux organes reproducteurs des *Phanérogames*.

On les divise en *Cryptogames vasculaires* ou *cellulaires*, suivant qu'elles possèdent ou non des vaisseaux ; on les classe également en *Thallophytes* ou *Amphigènes* et en *Acrogènes* ; les unes pourvues de *Spores* pouvant reproduire une plante analogue à celle qui leur servait de support ; les autres (Acrogènes) dont les *spores* produiront un *Prothalle* qui portera les organes sexuels, et qui, après fécondation, produira des Oospores (ou œufs), qui donneront naissance à une plante *asexuée* ; la génération est alors dite alternante.

M. Baillon passe d'abord en revue les Cryptogames *vasculaires*, puis étudie les *cellulaires*, qui sont les plus nombreux et de beaucoup les plus intéressants au point de vue médical.

1° *Cryptogames vasculaires* : ils sont constitués par les *Fougères*, les *Lycopodiacées*, les *Equisétacées* et les *Rhizocarpées* ; les trois premières familles fournissent seules des espèces employées en médecine. Citons le *Polypode*, les *Capillaires*, la *Fougère mâle*, la *Lycopode*.

2° *Cryptogames cellulaires* : comprenant les *Mousses*, les *Hépatiques*, les *Lichens*, les *Champignons* et les *Algues*. La matière médicale emprunte à ces plantes le *Lichen d'Islande*, le *Seigle ergoté*, le *Polypore officinal*, etc. Aux deux derniers groupes se rapportent tous les cryptogames microscopiques dont la bactériologie a démontré l'importance. On les nommait *Schizomycètes*, alors qu'on croyait pouvoir les ranger dans le groupe des *Champignons* ; on les désigne aujourd'hui sous celui de *Schizophycées* parce qu'on croit pouvoir les classer parmi les Algues. Ils tiennent, en effet, des uns et des autres ; souvent, mais non d'une façon constante, ils sont dépourvus de chlorophylle.

Leur nom indique leur caractère le plus saillant, celui de multiplication par *scissiparité* et *dédoublement*; souvent aussi ce mode de reproduction s'accompagne de *germation* et

de *sporulation.* Le mot *Microbe,* par lequel on les désigne dans le langage courant, est une dénomination sagace s'appliquant aussi bien à des végétaux qu'à des animaux, et doit être bannie d'un ouvrage scientifique.

Les *Schizophytes* sont étudiés par M. Baillon dans l'ordre suivant :

1° *Micrococcus :* ce sont les plus simples et les moins volumineux ; ils sont arrondis, punctiformes et présentent en moyenne un diamètre de 1 millième de millimètre (μ) ; leur *phytoblaste* est hyalin ou parfois coloré (M. prodigiosus ; — M. pyocyaneus) et ils se reproduisent par scissiparité. Souvent ils présentent un étranglement,qui les partage en deux moitiés égales (Diplococcus).

Lorsqu'ils sont groupés par quatre on leur donne le nom de *Tetragenus*; celui de *Spreptococcus,* lorsqu'ils sont réunis bout à bout, de façon à former une chaînette.

Parmi les Micrococci é tudiés, citons les *M. Vaccinæ, M. Ureæ, M. Gallinarum* (choléra des poules), *M. Pyogenes, Erysipelatus, Blennorrhœus.*

2° *Bactéries* : ces schizophytes sont plus longs que larges ; isolés ou réunis en zoogleés ; parfois groupés deux à deux pendant leur sectionnement ; ordinairement ils sont doués de mouvements spontanés, oscillatoires et parfois très vifs, en présence de l'oxygène et dans les milieux riches en substances alimentaires.

Quelques espèces sont munies de cils vibratils que l'on croit être de nature photoplasmique ; mais on rencontre aussi des mouvements dans les schizophytes dépourvus de ces appendices. L'auteur passe en revue les *Bacterium, Terno, B. Punctum, B. Lineola.*

3° *Bacilles* : ce sont des *Schizophytes* qui se présentent sous forme de filaments minces, allongés, rigides ou flexibles ; doués ou non de mouvements. Ils sont formés d'articles et souvent présentent des étranglements aux points d'union ; mais ces points ne sont pas toujours facilement visibles.

Parfois un *Bacillus* peut, à un moment donné, se résoudre en *Micrococcus.* Les Bacilles sont *endosporés,* c'est-à-dire qu'ils peuvent se reproduire par des spores intérieures. M. Baillon étudie successivement les divers Bacilles. Citons, parmi les plus importants, les *B. Megaterium, B. Amylobacter, B. Anthracis, B. Tuberculosus, B. Typhicus.*

4° *Leptothrix* : ce genre est très mal défini ; on ne connaît pas les organes de reproduction ; le plus connu est le *L. Buccalis.*

5° *Beggiatoa* : genre voisin du précédent, caractérisé par des filaments fins, recouverts d'une substance muco-gélatineuse, rigides et doués de mouvements oscillatoires. Le phytoblaste renferme de nombreuses granulations constituées par du *soufre à l'état cristaltin,* d'où leur nom de *Sulfuraires.* On les trouve ordinairement dans les eaux thermales sulfureuses, et ce sont leurs colonnes qui constituent la matière floconneuse qu'on désigne sous le nom de *Barégine, Glairine.* Ces plantes réduisent les sulfates des eaux qu'elles habitent, fixent le soufre et dégagent l'hydrogène sulfuré. Ces faits très intéressants ont été découverts et étudiés par M. Plauchud, pharmacien à Forcalquier.

6° *Vibrions* : les espèces classées dans ce groupe ont d'abord été très nombreuses. Aujourd'hui Cohn n'y co nserve que les *filaments spiratés, courts* et *ondutés.* Nous y trouvons les *spiritles virgules* du choléra : le*pSirutlum undula.*

7° *Spirochæte* : genre peu important pour la médecine, caractérisé par des éléments spiralés, longs et à spirales flexibles.

Citons, pour terminer, les *Cladothrix* et *Achinomyces* et les *Sarcines.*

M. Baillon étudie ensuite les *Saccharomyces,* moins importants au point de vue médical, mais tout aussi intéressants pour le botaniste.

Parmi les cryptogames cellulaires, signalons encore les champignons des teignes, dont l'étude est si importante : les genres *Achorion, Trichophyton, Malassezia Microsporon.*

Les dernières parties de l'ouvrage sont consacrées à l'étude des Mucedinées (Moisissures)), *Aspergillus penicillium, Leptomitus*) et des *Algues.*

Nous rentrons alors dans le domaine botanique pur.

Tel est, en quelques mots, le plan de cet ouvrage aussi intéressant qu'utile. Les étudiants le consulteront avec d'autant plus de fruit, qu'il est terminé par un tableau du droguier de la Faculté de Médecine. Chaque substance est décrite en quelques lignes et ses caractères organoleptiques indiqués avec clarté. P. YVON.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Séance du 20 décembre 1890.

DISCUSSION DE L'INTERPELLATION SUR LA LAÏCISATION DES HÔPITAUX DE PARIS (*Suite*) (1).

Malgré sa longueur, nous avons cru devoir reproduire *in extenso* la discussion de l'interpellation de M. A. Després. On verra, par le discours de M. Constant, ce qu'il faut penser de l'interpellateur.

M. CONSTANS, *ministre de l'intérieur.* Messieurs, d'ordinaire, lorsqu'une interpellation est adressée au Gouvernement, c'est à l'occasion d'un fait récent, qui engage sa responsabilité et sur lequel on lui demande des explications. Aujourd'hui, l'honorable M. Després m'interpelle au sujet de faits qui se sont passés en 1880 et dont le dernier remonte à 1888, de telle sorte que je n'aperçois pas trop comment le Gouvernement actuel pourrait avoir à rendre compte de faits antérieurs à son arrivée aux affaires.

M. Després a transformé son interpellation en question, et, je dois le dire, bien que j'y ai prêté la plus sérieuse attention, je n'ai pas encore très bien compris le fond de la question qu'il a bien voulu m'adresser (*Mouvements divers*). J'ai entendu M. Després critiquer avec la dernière violence le régime actuel des services hospitaliers.

A droite. Il est compétent !

M. LE MINISTRE. Il a fait un long historique des lois qui régissent la matière, mais je dois dire que son enseignement juridique me parait être très inférieur à l'enseignement médical qu'il professe. (*Très bien ! très bien! à gauche.*) Car il y a deux documents dont, précisément, il n'a pas fait mention, et qui fixent le droit, dans ces questions d'assistance publique ; je veux parler de la loi de 1849 et de celle de 1851.

Je vous demande la permission, puisqu'il n'a pas cité ces textes, de les indiquer sommairement à la Chambre. La loi de 1849 est formelle : c'est la direction de l'Assistance publique qui, après avoir pris les avis d'un conseil de surveillance, a la charge de l'Assistance à Paris. Je sais bien que, d'après l'article 1er, le directeur agit sous l'autorité du ministre de l'intérieur et du préfet de la Seine. Mais l'article 3 ajoute que le directeur, à la différence des autres collaborateurs du préfet, a une responsabilité propre, et l'article 7 continue en disant qu'il est le maître absolu de la direction des services hospitaliers.

M. DESPRÉS. Responsable devant vous !

M. LE MINISTRE. Oui, je n'ignore pas qu'il ne peut pas être responsable devant vous ; il faut, par conséquent, qu'il le soit vis-à-vis du ministre. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est sous sa responsabilité qu'il dirige les agents des services intérieurs, et que la loi de 1849 l'autorise à les choisir.

Comme je vois M. Després faire des signes de dénégation, je vais lui lire le texte même de la loi, de telle façon qu'il ne puisse plus y avoir de doute dans son esprit :

« L'administration de l'Assistance publique, à Paris, comprend le service des secours à domicile et le service des hôpitaux et hospices. Cette administration est placée sous l'autorité du préfet de la Seine et du ministre de l'intérieur : elle est confiée à un directeur responsable, sous la surveillance d'un conseil dont les attributions sont ci-après déterminées. »

M. DESPRÉS. Il y a un article qui dit que le directeur peut ne pas tenir compte de l'avis de conseil de surveillance...

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Si c'est cela que vous voulez, c'est gentil ! Est-ce la République, cela ?

M. LE MINISTRE. Je me demande pourquoi on établirait un conseil chargé de donner son avis, si le Directeur de l'Assistance ne devait pas le suivre. Quoi qu'il en soit, le texte est ainsi formulé. Il laisse toute liberté, dans les actes de l'administration intérieure, au directeur de l'Assistance publique, et la loi de 1851, qui complète pour les départements la loi de 1849, est encore plus explicite. Elle déclare que le conseil d'administration des hospices choisit les personnes chargées du service hospitalier et peut passer des contrats avec les congrégations.,..

M. DESPRÉS. Avec l'autorisation du préfet.

M. LE MINISTRE. Bien entendu, comme pour tous les actes administratifs ; c'est une règle générale. Lorsqu'en 1880, la question s'est posée pour la première fois, nous nous sommes demandé

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 52, 1890.

comment nous devions appliquer la loi de 1849 et celle de 1851, et la doctrine n'a jamais varié depuis cette époque. Le droit de l'Assistance publique n'a jamais été contesté. Lorsque les interpellations se sont succédé au Sénat, le seul reproche que l'on ait adressé aux membres du Gouvernement qui répondaient aux interpellations, — et M. Desprès a bien voulu me rappeler avec la plus extrême bienveillance que je fus le premier ministre interpellé, et que j'avais été battu, — la seule critique, dis-je, qu'on ait formulée à cette époque contre mon Administration, c'était de ne pas avoir révoqué le directeur de l'Assistance publique.

Je répondais alors au Sénat : Certainement, je peux révoquer un directeur qui relève du ministre de l'intérieur ; mais, pour prendre cette mesure de rigueur, faut-il du moins que j'aie un motif sérieux et que ce directeur ait lésé en quelque chose les intérêts qui lui sont confiés. Or, il n'en était pas ainsi, et j'avais, d'un autre côté, des raisons pour laisser l'administration hospitalière maîtresse de ses actes et seule libre de régler son service intérieur. (*Très bien! très bien! à gauche.*)

Je reviens à la question, et je dis que les actes dont nous nous occupons sont des actes d'administration intérieure, et je vais essayer de vous le prouver.

Pour moi je ne fais pas de distinction entre religieuses et laïques lorsqu'il s'agit d'un contrat, et je suis en cela d'accord avec nos lois.

Que se passe-t-il quand on engage des religieuses pour un établissement hospitalier ? L'administration de l'Assistance publique demande à la supérieure un certain nombre de religieuses pour le service hospitalier, et la supérieure réclame, de son côté, à l'Assistance publique, une rémunération soit en nature, soit en argent. Que ce soient des laïques, que ce soient des congréganistes, c'est toujours un contrat de louage d'ouvrage, et ce contrat, comme tous les contrats de ce genre, contient une clause résolutoire. Il y est dit que chacune des parties pourra recouvrer sa liberté en prévenant la partie adverse six mois à l'avance (1).

Or, messieurs, qu'arrive-t-il lorsque l'on procède à la laïcisation d'un hôpital ? On résilie dans les formes régulières et prévues au contrat lui-même. Et cela est si vrai que ces contrats ont toujours été résolus par une simple lettre échangée entre le directeur et la congrégation.

M. DESPRÈS. Le préfet a signé !

M. LE MINISTRE. Permettez-moi d'ajouter, messieurs, que l'on a apporté dans les laïcisations la plus grande prudence et que l'on a observé toutes les convenances; vous le savez mieux que personne, monsieur Desprès.

M. DESPRÈS. Je répète que le préfet a signé !

M. LE MINISTRE. Mais laissez-moi donc terminer. (*Exclamations à droite.*)

M. LE MINISTRE. Je répète que cette résolution régulière et prévue d'un contrat est un acte d'administration intérieure et que le préfet n'a pas l'habitude d'intervenir dans les actes de cette nature. L'administration préfectorale n'a qu'un droit de haute tutelle auquel, d'ailleurs, elle n'a pas failli.

Lorsque le Conseil municipal de Paris a manifesté le désir de laïciser certains hôpitaux, le préfet de la Seine s'est préoccupé, comme c'était son devoir, des conséquences que cette laïcisation pouvait avoir, et il a posé deux conditions. Il a dit :

« Vous ne pourrez laïciser que lorsque vous serez munis d'un personnel d'infirmières et de gardes laïques suffisamment instruit et suffisamment nombreux pour que les malades n'aient pas à souffrir de ce changement de régime », et le Conseil municipal a accepté.

Le préfet ajoutait de plus : « Il faut que vous assuriez la liberté de conscience, et que, par conséquent, il soit bien entendu qu'on pourra faire entrer dans les hôpitaux, suivant les désirs des malades, les prêtres des différents cultes qui seront appelés par eux. »

Ces deux conditions ont été remplies, et, dès lors, nous n'avions pas à aller au delà. Nous avons laissé à l'Assistance publique et au Conseil municipal la liberté de faire ce qu'ils voulaient en cette matière. (*Très bien! très bien! à gauche.*)

Je ne crois pas que nous ayons manqué à aucun de nos devoirs et l'on n'aurait pu nous adresser justement des reproches, que si nous avions permis un acte de précipitation qui eût pu compromettre l'intérêt sacré des malades.

Le Conseil municipal sait parfaitement que nous n'aurions pas toléré une violation de la loi, et, par exemple, lorsqu'il nous est apparu qu'il voulait mettre aux largesses qu'il fait, en définitive, à l'Assistance publique, certaines conditions illégales, nous avons, par voie de décret, annulé ses délibérations.

Je répète que le Conseil s'est rendu aux observations du préfet et qu'on est ainsi parvenu à constituer un corps de surveillantes qui, quoi que vous en disiez, monsieur Desprès, est à tout point de vue excellent, et qui apporte dans son service le plus grand dévouement. (*Applaudissements à gauche.*)

Vous savez parfaitement, vous, monsieur Desprès, que, lorsque dans les hôpitaux on a fait appel dans diverses circonstances aux infirmières laïques, pour les envoyer dans des départements où sévissaient des épidémies graves, pas une n'a refusé la mission qui lui était confiée. (*Nouveaux applaudissements.*)

M. DESPRÈS. Est-ce que les religieuses ont jamais refusé en pareil cas ?

M. CLÉMENCEAU, *s'adressant à M. Desprès.* Mettez donc une cornette pour aller soigner vos malades, monsieur Desprès ! (*On rit*).

M. LE MINISTRE. Vous avez rappelé avec beaucoup trop de facilité des accidents qui se produisent partout et qui se sont produits en tout temps. Les médecins eux-mêmes ne sont pas toujours exempts de ces erreurs (*Rires*), et pourtant il ne peut venir à la pensée de personne de dire que le corps médical de ce pays soit, dans son ensemble, imprudent ou peu instruit. (*Très bien !*).

Je vous avais prié de ne pas apporter à cette tribune certains faits, et je croyais que ce devoir s'imposait à vous, à un double point de vue : d'abord, parce que j'estime qu'il convient de ne pas faire naître la défiance dans le cœur des malheureux qui sont dans les hôpitaux. Je croyais, d'autre part, que votre devoir, à vous monsieur Desprès, qui êtes chargé d'un service dans un hôpital important, était de ne pas vous exprimer comme vous l'avez fait sur le compte de femmes qui vous servent avec dévouement. (*Marques d'assentiment à gauche*).

M. PAUL DE CASSAGNAC. Si jamais vous allez dans l'hôpital de M. Desprès, il vous soignera bien. (*On rit.*)

M. LE COMTE DE BERNIS. A l'aide de la lymphe du docteur Koch et avec des infirmières laïques. (*Nouveaux rires.*)

M. LE MINISTRE. Je n'hésite pas à vous dire, monsieur Desprès, que je ne suis pas l'adversaire des sœurs des hôpitaux.

A droite, ironiquement. Oh non ! au contraire !

M. LE MINISTRE. Attendez que je me sois complètement expliqué et vous aurez ensuite tout loisir pour protester. Si vous croyez avoir un grand intérêt à me faire dire que je suis leur adversaire ou leur ennemi, je vous préviens que vous n'aurez pas satisfaction.

M. LE COMTE DE BERNIS. Cela nous est bien égal.

M. LE MINISTRE. A moi aussi votre avis m'est tout à fait indifférent; mais j'ai l'habitude de dire tout ce que je pense ; et que cela vous soit égal ou non, je répète que je ne suis pas l'ennemi des religieuses employées dans les hôpitaux.

J'avoue que, comme beaucoup d'autres, je ne les connaissais pas avant de les avoir rencontrées à 5,000 lieues d'ici, et je dois leur rendre cette justice que je les y ai trouvées aussi zélées, aussi dévouées à leur devoir que fidèles à leur patrie (*Très bien! Très bien !*); je n'éprouve aucun embarras à le dire ici (*Très bien ! Très bien !*); mais ce que je dois ajouter aussi, pour être juste, c'est que j'ai vu également nos infirmières, et qu'elles ne le cèdent à personne ni en zèle, ni en dévouement, ni en patriotisme. (*Marques d'approbation à gauche et au centre*).

Je ne veux pas vous suivre dans la voie où vous êtes entré, monsieur Desprès, et parler à mon tour de faits qui se sont passés avant la laïcisation et que vous connaissez aussi bien que moi. Vous venez de nous raconter un événement regrettable, sans doute, et que nous déplorons tous, mais qui s'explique pourtant lorsqu'on sait qu'il y a 135,000 malades soignés tous les ans dans les hôpitaux de Paris. En raison de ce nombre considérable, on comprend qu'il puisse y avoir, soit des substitutions de corps, soit des accidents quelconques. S'il en est arrivé à nos infirmières laïques, il en est arrivé aussi aux sœurs de charité, et je me permettrai de vous rappeler qu'en 1871, dans un hôpital non encore laïcisé et qui ne le sera peut-être jamais, on donna à sept enfants de l'élixir de Baumé au lieu de quinquina et que les sept enfants sont morts. (*Mouvement.*) (1). Est-ce que j'irai prétendre pour cela que les sœurs de charité ne sont pas de bonnes infirmières ? S'il arrive, par malheur, un accident de ce genre, on ne doit pas s'en servir à la tribune comme d'un argument pour attaquer le personnel des infirmières.

Messieurs, je ne veux pas insister davantage sur ce point, et j'arrive, tout de suite, à ces prétendues injonctions que le conseil municipal, suivant M. Desprès, adresserait impérativement au préfet de la Seine et au ministre de l'intérieur, qui ne seraient, l'un et l'autre, que les humbles exécuteurs de ses volontés.

Eh bien, non, je ne crois pas qu'en employant ce mode d'objurgation le conseil municipal ait quelque chance de vaincre les re-

(1) Pas toujours six mois, souvent UN mois.

(1) Il s'agit non de l'élixir de Baumé, mais de l'extrait de noix vomique. C'est, d'ailleurs, le même médicament (la fève de Saint-Ignace) sous forme de *teinture* dans le premier cas, d'*extrait* dans le second. Le Conseil municipal a réclamé énergiquement la laïcisation de l'hôpital de Berck, où cette série d'empoisonnements s'est produite. (B.).

sistances que j'éprouverais ; et ce ne serait sans doute pas un bon procédé pour aboutir que celui qui consisterait à vouloir faire violence au Gouvernement.

Lorsque le Conseil municipal a tenté de le faire, ses délibérations ont été aussitôt annulées. C'est ainsi qu'en 1883 et en 1884 nous avons annulé deux de ses votes, l'un relatif à une allocation illégale, l'autre contenant une motion de blâme contre l'administration. Mais je trouve par contre très naturel, monsieur Després, de tenir grand compte des désirs du Conseil municipal lorsqu'il reste dans la limite de ses attributions.

Le Conseil municipal donne 18 millions par an à l'Assistance publique ; je sais bien que vous m'avez dit tout à l'heure qu'il y est forcé par la loi du 27 vendémiaire an VIII, dont un des articles est ainsi conçu : « Il est créé un octroi afin que la ville de Paris puisse satisfaire à certaines de ses dépenses, notamment à celles du service hospitalier. »

C'est bien là, je crois, le texte que vous avez invoqué, et il est très vrai que le conseil d'Etat a décidé que le Conseil municipal de Paris n'était pas libre de refuser ou de donner une allocation. Nous avons même annulé, à la suite de cette décision, un vote du Conseil municipal.

Mais, bien que cette assemblée ne nous inspire nullement cette terreur que vous paraissez croire, pouvez-vous supposer que j'aie, de dessein prémédité, la volonté arrêtée d'entraver sa liberté d'action dans les limites de la loi uniquement pour le plaisir de lui faire sentir mon autorité ? (*Rires.*) Alors que la loi de 1837 lui accorde le droit de donner son avis sur les dépenses d'assistance publique qu'il est appelé à voter, croyez-vous que je puisse trouver mauvais que le directeur de cette administration tienne le plus grand compte de son opinion ? (*Très bien ! très bien ! à gauche.*)

Non, monsieur Després, je n'hésite pas à vous le dire, ce n'est pas là mon sentiment. Je ne me préoccupe pas davantage de ce qui se passe en province. Lorsqu'une administration décide qu'elle va remplacer des laïques par des religieuses, je n'interviens pas pour dire au Conseil municipal : Vous n'irez pas plus loin. Je le laisse procéder comme il lui convient. Je ne puis agir autrement à Paris. Qui pouvait être plus autorisé que le Conseil municipal à nous donner son avis sur l'opinion des Parisiens ? (*Bruit.*)

Est-ce à vous, monsieur Després, qu'il faut que je m'adresse ?... (*Rires et mouvements divers.*) Vous avez été Conseiller municipal, je ne l'ignore pas ; mais, comme conseiller municipal, vous avez pu avoir des opinions que le Conseil a pu ne pas partager, et il n'en reste pas moins certain que le Conseil municipal de Paris représente mieux que quiconque l'opinion de ses habitants.

Vous invoquerez peut-être d'autres autorités et vous me direz : Mais il y a des députés aussi bien que des conseillers municipaux à Paris. Eh bien, je crois que vous ne pouvez pas plus vous appuyer sur les voix de ces députés que sur celles des conseillers municipaux. Je sais bien que vous pourrez me citer l'exemple du 6e arrondissement qui, dites-vous, vous a choisi uniquement pour apporter à la tribune de la Chambre la question des sœurs.

M. DESPRÉS. Oui !

M. LE MINISTRE. Mais, mon cher ancien collègue, ou, si vous voulez me le permettre, mon cher et vieux camarade, je suis bien obligé de vous dire que ce n'est pas là un argument. Vous n'êtes pas bien sûr que ce ne soit pour toutes autres raisons que les habitants du 6e arrondissement vous aient choisi. Vous êtes d'une modestie vraiment excessive. (*On rit.*)

Vous prétendez qu'en vous envoyant siéger sur ces bancs ils n'ont pas eu d'autre but que de faire rentrer les sœurs dans les hôpitaux. Je suis sûr que ce n'est pas le seul point de vue qui a guidé leur choix, et j'en suis d'autant plus certain que, si j'avais été électeur dans votre circonscription, j'aurais été peut-être très dérouté par vos deux manières de penser sur la question qui nous préoccupe. (*Exclamations.*)

J'ai là sous les yeux une publication qui remonte à 1876, et dans laquelle je trouve votre premier sentiment sur la question qui nous occupe. Vous ne nous en avez lu que le post-scriptum ; vous me permettrez d'en donner à la Chambre le texte complet : « Pour comprendre cette émotion, il faut avoir vu les hôpitaux ou causé avec les internes... »

M. DESPRÉS. C'est M. Sarcey qui dit cela !

A gauche. Laissez donc parler, monsieur Després, on ne vous a pas interrompu.

M. LE MINISTRE. Je comprends très bien que cette lecture ne vous soit pas agréable, mon cher monsieur Després ; mais vous reconnaîtrez bien que vous m'avez quelque peu obligé à le faire

M. DESPRÉS. Ce n'est pas ma prose que vous lisez, c'est celle de M. Sarcey ! (*Rires à droite.*)

M. LE MINISTRE. Je vous demande pardon, ce sont vos idées que je rappelle.

« Vous sauriez alors que nos médecins sont en lutte perpétuelle avec l'aumônier, avec les sœurs, avec l'administration ; vous sauriez qu'ils ont sans cesse à défendre les malades contre une propagande qui assiège leur chevet d'exhortations, de prières, de menaces qui leur troublent la cervelle et leur échauffent le sang ; vous sauriez que toutes les douceurs sont réservées pour les dévots et les hypocrites, et que les autres doivent se tenir très heureux si l'on exécute strictement à leur égard les ordres du médecin... »

M. DESPRÉS. Parfaitement !

M. LE MINISTRE. « ...Vous sauriez que dans nos hôpitaux l'aumônier entre quand et comme il veut... »

M. DESPRÉS. Parfaitement !

M. LE MINISTRE. « ...tandis que les ministres des autres religions ne sont reçus que lorsqu'un malade les appelle spécialement ; vous sauriez, enfin, que la question religieuse y est un élément de discorde et un sujet d'irritation quotidienne. »

Sur divers bancs. De qui est signé ce document ?

M. DESPRÉS. Signé : « Sarcey ».

M. LE MINISTRE C'est une conversation qui est reproduite par un journal et qui n'a pas été contredite. (*Vives exclamations à droite.*)

M. LE MINISTRE. M. Després n'a jamais démenti cet entretien. Mais, puisque vous le désirez, je vois vous en lire le premier passage. On n'a pas trompé la bonne foi de M. Després en lui prêtant des propos qu'il n'a pas rectifiés à cette époque.

Il n'y avait pas alors d'interwiew, M. de Cassagnac ; c'était en 1876, M. Després avait demandé à M. Sarcey, non seulement de publier ses idées à cet égard, mais encore de citer son nom, de telle sorte que les paroles que je rappelais pouvaient bien être indiquées comme l'expression vraie de la pensée de M. Després, puisqu'elles n'ont été livrées à la publicité que sur la demande même de M. Després, qui avait tenu à être nommé.

M. DESPRÉS. J'ai écrit une lettre, monsieur le ministre, veuillez la lire.

M. LE MINISTRE. « L'administration venait d'ordonner de mettre au lit des malades une pancarte indiquant leur religion... »

M. DESPRÉS. Oui, voilà mon texte.

M. LE MINISTRE « ...L'émotion des médecins a été extrême... »

M. DESPRÉS. Ah ! ce n'est plus mon texte, cela !

M. LE MINISTRE. « ...En recevant ce nouveau modèle. Elle a été si grande qu'ils ont cru devoir rompre avec leurs habitudes de discrétion pusillanime, et que celui qui m'a fait l'honneur de m'apporter ces renseignements, non seulement m'a autorisé à donner son nom, mais m'en a même prié. »

M. DESPRÉS. Parfaitement !

M. LE MINISTRE. Eh bien, que désirez-vous alors ? (*On rit.*)

M. DE BERNIS. C'est une devinette ! On n'y comprend rien.

M. LE MINISTRE. On comprend plus ou moins facilement. Je dis donc que les habitants du 6e arrondissement ont pu se tromper sur les intentions de M. Després, que quelques-uns ont pu supposer que son entrée au Parlement ne devait pas être absolument signalée par l'interpellation qu'il m'adresse aujourd'hui ; ils ont pu croire que M. Després avait encore les opinions de 1876, et non pas celles qu'il a professées depuis lors.

Je n'insiste pas davantage, et je dis à M. Després que, si intéressant que puisse être son sentiment sur la question, j'ai dû néanmoins tenir un certain compte de l'opinion du conseil municipal. Cette assemblée me paraît être mieux qualifiée que personne pour donner son avis à ce sujet, et l'Assistance publique n'a fait d'ailleurs que se conformer à la loi en la lui demandant. Maintenant, pour terminer en quelques mots et pour répondre d'une façon aussi précise que possible à une interpellation que je n'ai pas d'ailleurs parfaitement saisie, je demande à l'honorable M. Després ce qu'il veut que je fasse.

M. DESPRÉS. Je vous le dirai.

M. LE MINISTRE. Est-ce qu'il veut que la Chambre me contraigne à faire ce qu'il me demande infructueusement depuis trois mois ? L'honorable M. Després sollicite d'abord le rétablissement des sœurs à Paris.

M. DESPRÉS. Oui !

M. LE MINISTRE. Périssent les sœurs de province, pourvu qu'il y en ait à Paris ! Mais M. Després va plus loin, ne vous en déplaise, car il m'a dit : Rétablissez les sœurs dans un ou deux hôpitaux, et je serai satisfait.

M. DESPRÉS. Parce que le temps fera le reste.

M. LE MINISTRE. Vous voulez, en un mot, demander à la Chambre de me contraindre à faire ce que je vous ai refusé. J'espère que la Chambre ne cèdera pas à vos sollicitations. Si nous étions ici au conseil municipal de Paris, vous diriez qu'on va me donner un ordre impératif. (*Sourires.*) J'ai la conviction que votre désir ne se réalisera pas, et je l'espère d'autant plus que l'honorable M. Paul de Cassagnac lui-même va probablement vous refuser et me prêter aujourd'hui son concours.

M. DE CASSAGNAC. Ne vous aventurez pas. (*On rit.*)

M. LE MINISTRE. Je l'espère, je n'en suis pas sûr. M. de Cassagnac disait l'autre jour, en réponse à un discours de l'honorable

M. Dugué de la Fauconnerie : Nous sommes tout disposés à venir à la République, mais vous nous en éloignez par deux raisons principales. Si vous aviez voulu que nos séminaristes, au lieu d'aller à la caserne, allassent à l'hôpital comme infirmiers, nous aurions eu une première satisfaction. En second lieu, si vous aviez accepté que les communes, qui représentent les pères de famille, fussent maîtresses de choisir le mode d'instruction qu'elles veulent donner à leurs enfants, nous entrerions dans la République. Or, M. Després, vous êtes beaucoup plus exigeant que M. Paul de Cassagnac.

M. de Cassagnac. Voulez-vous me permettre un mot, M. le ministre ? Du moment que vous accordez au conseil municipal le droit de laïciser, sous prétexte que le suffrage universel doit être obéi souverainement, pourquoi ne permettez-vous pas aux communes de la province, à celle de Vic, par exemple, d'empêcher la laïcisation quand le suffrage universel s'y oppose ? (*Applaudissements à droite.*) La liberté pour toutes les communes et pas seulement pour Paris !

M. le ministre. Cette observation n'est pas de nature à m'embarrasser ; je m'appuie, en effet, pour combattre votre opinion, M. Paul de Cassagnac, en matière d'assistance publique, sur des textes de loi qui sont en vigueur, tandis qu'en ce qui concerne la commune de Vic il eût fallu que la loi sur la laïcisation n'existât pas pour nous permettre d'agir autrement que nous l'avons fait.

Lorsque j'applique les lois de 1849 et de 1851, M. Després se plaint ; lorsqu'on applique une loi plus récente, M. de Cassagnac se plaint de son côté. Dans les deux cas pourtant, si les espèces sont différentes, on s'appuie sur des textes de la loi également en vigueur.

M. de Cassagnac. La loi est contre nous, je le reconnais ; mais l'opinion publique est avec nous.

M. le ministre. Chacun fait dire ce qu'il veut à l'opinion publique. En un mot, pour me servir d'un néologisme, vous voulez, monsieur Després, que je congréganise les hôpitaux de Paris. Je ne puis pas le faire...

M. Després. Non ! Je demande seulement que vous remettiez les choses en l'état !

M. le ministre. ..parce que la loi de 1849 et la loi de 1851 me le défendent, parce que je n'ai à intervenir dans les affaires de l'Assistance publique que pour défendre les intérêts généraux, c'est-à-dire les intérêts des malades. Ces intérêts, je crois qu'ils sont sauvegardés dans les limites les plus larges. Je crois que l'administration actuelle donne aux malades les soins les plus satisfaisants, et qu'il n'y a aucune plainte à cet égard. Je crois aussi que les conseillers municipaux de Paris ont quelque raison de penser qu'ils représentent un peu ceux qui fréquentent ces hôpitaux. Il n'y a que vous qui soutenicz l'opinion contraire.

M. le comte Armand. Tout le corps médical s'est plaint de la laïcisation. (*Vives réclamations à gauche.*)(1).

M. Chautemps. C'est absolument inexact !

M. Engerand. Périssent les malades plutôt qu'un principe !

M. le ministre. Je demande pardon à la Chambre de l'avoir retenue si longtemps ; ce n'est pas mon habitude et je ne sais comment je me suis laissé aller à une aussi longue discussion. Je n'ai plus qu'un mot à dire. Nous avons, en ce moment, un corps d'infirmières qui est absolument le même que celui qui existait à l'époque où les laïcisations n'étaient même pas commencées. Il est bon que la Chambre le sache et je tiens à ne pas oublier ce détail : lorsqu'on laïcise un hôpital de Paris, il ne faut pas croire que tout le personnel de cet hôpital en sort. Non, un certain nombre de religieuses se retirent, mais tout le personnel laïque continue à donner ses soins aux malades. En d'autres termes, dans les hôpitaux non laïcisés, il existe un certain nombre de religieuses qui sont chargées de la direction générale, et des infirmières que l'on appelait, au temps si regretté par M. Després, des filles de service ou des domestiques.

M. Després. Et aujourd'hui ce sont des filles de service qui surveillent des filles de service.

M. le ministre. Ces filles de service sont restées dans les hôpitaux. Elles y étaient dans les proportions suivantes : Avant les laïcisations, en 1880, on comptait 1,024 laïques et 382 sœurs ; les 1,024 infirmières laïques y sont demeurées, ainsi qu'un certain nombre de sœurs, puisqu'il y a encore plusieurs hôpitaux non laïcisés.

Si dans un service unique à Paris on se plaint encore des surveillantes, le chef de ce service, que vous connaissez bien, monsieur Després, ne peut s'en prendre qu'à lui-même de certaines défaillances. (*Très bien ! très bien ! à gauche.*) Il ne convient pas à un chef de service de dire à des femmes honorables : « Eh ! venez donc la laïque !... »

M. Després. Oui, comme je dis : « Venez, la fille-mère ! »

M. le ministre. ...ni d'adresser à ces braves femmes des plaisanteries d'un goût plus que douteux. (*Exclamations à gauche.*)

M. Després. Oh ! pour cela, non. (*Bruit à gauche.*) (1).

M. le ministre. Et, bien que nous soyons liés l'un à l'autre par une amitié qui remonte si haut que je ne veux pas en fixer la date, de peur de nous trop vieillir (*Sourires*), bien que j'aie pour vous les sentiments d'affection que vous connaissez, vous pouvez être certain que, si je m'étais cru autorisé légalement à intervenir dans l'administration intérieure des hospices, j'aurais fait cesser les écarts auxquels je viens de faire allusion. (*Vifs applaudissements à gauche.*)

M. Després. Je demande la parole.

M. le président. Je donne la parole à M. de Douville-Maillefeu. (*Réclamations à droite.*)

M. Després. Mais j'ai le droit de répondre à M. le ministre. (*Bruit à gauche.*)

M. le président. M. de Douville-Maillefeu me remet un ordre du jour dont je dois donner lecture à la Chambre.

M. Paul de Cassagnac. J'ai demandé la parole pour un rappel au règlement...

A gauche. Non ! non ! Pas avant M. de Douville-Maillefeu ! (*Bruit. — Agitation.*)

M. le président. Voici l'ordre du jour qui m'a été remis par M. de Douville-Maillefeu :

« La Chambre, confiante dans la fermeté du ministère pour faire appliquer les lois d'organisation des conseils municipaux et des commissions hospitalières, passe à l'ordre du jour. »

M. Paul de Cassagnac. Messieurs, j'avoue... (*Vives interruptions à gauche.*)

A l'extrême gauche. Vous ne parlerez pas !

M. le président. — Laissez parler M. de Cassagnac. (*Non ! non ! à l'extrême gauche.*) Je lui ai donné la parole pour un rappel au règlement. (*Bruit.*)

Suit une longue discussion, quelque peu incohérente, sur le rappel au règlement qui n'a aucun intérêt au point de vue de la question même et que nous n'avons pas jugé utile de reproduire. Dans le prochain numéro nous donnerons la fin de la discussion.

VARIA

Académie des Sciences.

Séance publique annuelle. — Distribution des Prix de 1890.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier, à une heure, à l'Institut, sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. Hermite, assisté de M. Duchartre, vice-président, de MM. Bertrand et Berthelot, secrétaires perpétuels.

Voici, pris dans la liste des récompenses accordées en 1890, les prix qui ressortissent des sciences physiques et médicales.

Statistique. — *Prix Montyon* : M. le docteur Paul Topinard ; mention exceptionnellement honorable : M. Dislère.

Chimie. — *Prix Jecker* : Le prix est partagé entre feu Isambert et M. le docteur Hanriot.

Géologie. — *Prix Vaillant* : M. Marcel Bertrand ; — *Prix Fontanes* : M. Ch. Depéret.

Géographie physique. — *Prix Gray* : M. Franz Schrader.

Botanique. — *Prix Desmazières* : M. Maurice Gomont (*Oscillaires*) ; — *Prix Montagne* : Deux prix sont décernés : l'un à M. Paul Hariot, l'autre à M. le docteur Albert Billet (*Etude sur les Bactériacées*).

Anatomie et zoologie. — *Prix Savigny* : Deux prix sont décernés : l'un à M. le docteur Jousseaume, l'autre au R. P. Camboué ; — *Prix Serres* : M. le docteur Camille Dareste (*Tératologie expérimentale*).

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon* : Trois prix sont décernés : à M. Félix Guyon (*Leçons sur les maladies des voies urinaires*), à M. Auguste Ollivier (*Études d'hygiène et de pathologie*), et à M. Paul Richer (*Anatomie artistique*) ; trois mentions sont accordées : à M. Ch. Fiessinger, à MM. J. Chauvel et H. Nimier, et à M. Ch. Mauriac. Des citations sont accordées : à

(1) Une partie notable, dans laquelle entraient beaucoup de médecins honoraires, et, rappelons-le, ceci se passait il y a *neuf ans*. En avril 1890, le journal l'*Eclair* a demandé par lettre à tous les médecins des hôpitaux de Paris de formuler leur avis, *quatre ou cinq* seulement ont répondu. M. Després ne retrouverait même pas aujourd'hui les signatures des médecins qui ont signé à cette époque et sont encore dans les hôpitaux.

(1) Toutes les suppléantes et sous-surveillantes qui ont passé dans le service de M. Després ont été l'objet des paroles ou des allusions les plus blessantes. C'était d'autant plus courageux qu'elles ne pouvaient pas répondre.

M. Cl.-L. Coutaret et à M. G. Pichon ; — *Prix Bréant* : partagé entre M. G. Cotin et M. A. Layet; — *Prix Godard* : M. Samuel Pozzi (*Gynécologie*) ; mention honorable : MM. Ch. Monod et O. Terrillon ; — *Prix Barbier* : M. Claude Martin (de Lyon) (*Prothèse dentaire et faciale*) ; mentions honorables : M. Gaston Lyon et M.B. Dupuy ; — *Prix Lallemand* : le prix est partagé entre Mme Déjerine-Klumpke, docteur en médecine, et M. Guinon. — *Prix Dugaste* : trois récompenses sont accordées : l'une de 1,200 fr. à l'auteur du mémoire portant pour épigraphe : *Fac, non spera* ; une autre de 800 fr., à M. le docteur Gannal, et la troisième de 500 fr à l'auteur du mémoire portant pour épigraphe : *De l'égalité devant la mort*. — *Prix Bellion* : Deux encouragements de 500 fr. chacun : à MM. H. de Brun, A. Morel-Lavallée et L. Bellières. Mentions honorables : MM. les docteurs Sutils et Bedoin. — *Prix Mège* : La rente de la fondation est accordée, à titre de prix, à M. Nicaise.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon* : Deux prix *ex æquo* : MM. E. Gley et E. Wertheimer; mentions honorables : MM. E.-A. Alix, G. Artaud et L. Butte ; citations honorables : M. le docteur A. Griffiths et M. J. Lenoble du Teil.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon* : M. Casimir Tollet ; — *Prix Jérôme Ponti* : M. R.-P. Colin ; — *Prix Trémont* : M. Beau de Rochas. — *Prix Gegner* : M. Paul Serret ; — *Prix Delalande-Guérineau* : M. le docteur Verneau.

Ecole du Service militaire de Lyon

Admission à l'Ecole.

Une instruction ministérielle vient de régler le concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire qui doit s'ouvrir le 23 juillet prochain.

Les demandes d'inscription ne seront plus acceptées à partir du 6 juillet au soir. Le refus d'inscription sera opposé à tout candidat ayant dépassé la limite d'âge ou qui, étant militaire, ne justifierait pas, à l'aide d'un certificat du chef de corps, d'avoir accompli six mois de service réel et effectif au 1er juillet de l'année du concours. Il ne sera accordé aucune dispense d'âge ou de temps de service. Comme aux Ecoles de Saint-Cyr et polytechnique, le nombre de bourses est illimité. Mais le ministre rappelle qu'en demandant une garantie nouvelle, l'instruction par le conseil municipal sur la demande des boursiers, il espère que les conseils municipaux, avant de prendre leurs délibérations, s'inspireront du devoir qui leur incombe de ne pas accroître, sans nécessité, les charges que s'impose l'Etat en donnant aux candidats capables et sans fortune les moyens de continuer leurs hautes études. La limite d'age est fixée à vingt et un ans, comme dans les autres écoles. — Les candidats doivent justifier du diplôme de bachelier ès lettres (1re et 2e parties), de celui de bachelier ès sciences complet ou restreint pour la partie mathématique, ainsi que de quatre inscriptions valables pour le doctorat et du premier examen de doctorat. Le prix de pension est de 1,000 fr. L'instruction ministérielle applique donc à l'Ecole de santé militaire les mesures adoptées pour les Ecoles de Saint-Cyr et Polytechnique, en ce qui concerne les conditions d'âge et les frais d'études. Au point de vue du concours, les conditions sont aussi les mêmes. Les épreuves écrites auront lieu dans les villes suivantes : Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours. Les épreuves auront lieu : Paris (Val-de-Grâce). le 24 aout; Lille (hôpital militaire), le 29 août ; Nancy (hôpital militaire), le 2 septembre; Lyon (Ecole du service de santé militaire), le 17 septembre: Montpellier (hospice mixte), le 10 septembre; Bordeaux (hôpital militaire), le 16 septembre; Rennes (hôpital militaire), le 21 septembre.

Revaccination des Etudiants en médecine.

Le Conseil supérieur de l'instruction publique, cette semaine en ce qui concerne la revaccination des étudiants en médecine, a adopté le projet de règlement suivant :

Article 1er. — Les aspirants aux grades de docteur en médecine et d'officier de santé ne sont admis à s'inscrire dans les Facultés, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou École. Les Facultés et Écoles détermineront les conditions de ce contrôle.

Art. 2. — Les étudiants actuellement en cours d'études ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat dont il s'agit.

Cet arrêté donne, en partie seulement, satisfaction aux réclamations formulées depuis une dizaine d'années par le *Progrès médical*. Nous avons réclamé la *revaccination* des étudiants de *tous les établissements d'enseignement supérieur*. B.

Revue bibliographique sur le traitement de la Tuberculose par la méthode de Koch.

Sur l'emploi de la lymphe de Koch dans la tuberculose, par B. FRAENKEL (Berlin). — L'auteur passe en revue les résultats obtenus avec la lymphe de Koch, en montrant que le temps n'est pas encore venu où l'on puisse juger ce mode de traitement d'une manière absolue. (*Deutsche med. Wochens.*, 25 décembre).

Sur la valeur diagnostique de la lymphe de Koch, par G. ROSENFELD (Stuttgart). (*Berlin, med. Wochensch.*, 25 décembre).

Contribution à l'étude de la solution locale dans la tuberculose pulmonaire traitée par la lymphe de Koch, par KLEINWACHTER (Breslau). (*Deutsche, med. Wochens.* 25 décembre).

Société des sciences naturelles et médicales du Bas-Rhin. Communications de FINKLER, LÉO. UNGAR, SCHULTZE, DOUTRELEPONT, sur le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch. (*Deutsche. med. Wochensch.*, 25 décembre.

Société de médecine de Berlin. Communications de JUYENS, DE LEYDEN, GOLDSCHEIDER sur le même sujet.

Société de laryngologie de Berlin. Communications de GRABOWER sur le même sujet. (*Deutsche, med. Wochens.*).

Rapport de la methode de Koch, por KAMMERER et PFLEGER. (*Wiener. med. Wochens.*, 27 décembre).

Recherches sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch. par WEBER. (*Münchener. med. Wochenschrift.*, 27 décembre).

Remarques sur le traitement de Koch. par BAUER. (*Münchener. med. Wochenschrift*, 27 décembre). M.

Le Siége de Mayence. (*Relation chirurgicale*).

Les *Archives de médecine militaire* donnent la relation chirurgicale du siège de Mayence, en 1793. En voici un extrait curieux. « Dans le nombre de ces énormes blessures, nous eûmes un phénomène bien singulier. Le 11 avril, il y eut une canonnade affreuse ; en moins d'une heure, on nous apporta parmi nombre d'autres sept ou huit malades à amputer de différents membres ; l'un des derniers était un petit volontaire de beaucoup de courage, qui souffrait étonnamment ; j'ordonnai qu'on le déshabillât pendant que je donnais un coup d'œil à plusieurs opérations que faisaient les aides-majors. Revenant à lui avec le citoyen Rivière, qui devait l'opérer, nous aperçûmes une cuisse énorme, une dilacération très grande à la partie postérieure et, à la partie antérieure externe et moyenne inférieure, sous la peau qui était presque noire, une convexité très dure qui parut d'abord n'avoir pas plus de deux pouces de diamètre ; nous crûmes que c'était un biscayen, je fis signe d'inciser la peau pour faire l'extraction. Quelle fut notre surprise lorsque nous vîmes qu'une incision de trois, quatre et même de cinq pouces de longueur ne suffisait pas ; enfin — c'était un boulet prussien du poids de treize livres. Le commissaire ordonnateur des guerres qui était présent le fit porter chez lui pour le conserver. Comment une masse aussi énorme eut elle assez de force pour se loger ainsi dans la cuisse et n'en eut pas assez pour passer outre ? Je laisse ce problème à résoudre aux physiciens, mais il faut avoir vu de pareilles choses pour les croire. Il ne restait d'autre parti à prendre que d'opérer cet homme ou de l'abandonner à une mort certaine ; nous lui coupâmes la cuisse fort haut et avec beaucoup de peine. Lorsque nous eûmes fini, il nous demanda si c'était fait, et, sur ce qu'on lui répondit oui, il s'écria : « Vive la nation ! » Un grand nombre d'autres ont fait ce cri après les opérations les plus cruelles.

Enfin, cet homme intéressant vécut 27 jours et mourut presque subitement d'une fièvre putride, sans doute à la suite de quelque imprudence, puisque la cicatrice commençait à se faire et donnait au citoyen Rivière la plus grande espérance de le rendre à la patrie. Je puis placer encore ici un autre fait, un trait de courage et de sang froid. A l'instant où le magasin d'artifices sauta, le château reçut une secousse terrible. En cet instant même, j'amputais la cuisse à un soldat ; comme je sciais l'os, entre l'ébranlement général, les vitres d'une très grande croisée près de laquelle j'opérais tombèrent sur le malade et sur moi. Ne sachant d'où cela provenait, je demandai à ceux qui m'environnaient ce que c'était. Le malade, qui m'entendit, me dit : « Faites toujours, ne vous inquietez pas, vous en verrez bien d'autres ! » Lorsque j'eus fini, il s'écria : « Vive la République ! » et fut transporté gaiement sur son lit. (*Journal de médecine et de chirurgie*).

Universités, Associations d'Etudiants et niveau des études.

Nous sommes de ceux qui ont prêché la croisade des Universités, de ceux qui ont recommandé aux étudiants les associations qui fonctionnent aujourd'hui. Pour toutes les grandes villes universitaires toutefois, nous devons reconnaître qu'on semble dépasser le but. Après les fêtes de Montpellier, celles de Nancy, les conférences de Lyon, la remise du drapeau aux étudiants bordelais, etc., etc. Tout cela c'est bien ; mais ne forçons pas la note. Il ne faudrait pas croire, en effet, qu'il s'agit de science en tout cela ; tout cela, il faut dire ce que l'on pense, c'est de la politique. Certes, c'est là de la bonne, de la très bonne politique, mais enfin ce n'est que de la politique! Ce qui se passe dans les Universités allemandes le prouve d'une façon péremptoire. Qu'on lise l'une des dernières et intéressantes notes publiées par le *Temps* sur les étudiants de Berlin, si l'on ne veut en croire notre expérience personnelle. Il faut avoir le courage de l'avouer ou plutôt de le répéter, car nous l'avons dit bien des fois, l'organisation des étudiants en Sociétés est un peu nuisible aux études vraiment sérieuses, si elle est des plus utiles au gouvernement et à la masse des étudiants. Nous allons, à n'en pas douter, par cette simple phrase, nous attirer les foudres de nos camarades de la rue des Ecoles mais nous croyons le moment venu d'attirer l'attention sur ce point. Voici, d'ailleurs, l'opinion du distingué collaborateur du *Temps*, qui a passé l'hiver dernier à Berlin.

« Ce que les Sociétés d'étudiants fournissent avant tout à leurs membres, ce sont des occasions de perdre leur temps. Dans les plus sérieuses, je le sais, les étudiants s'y communiquent les résultats de leurs travaux, se réunissent pour de petites conférences, pour des lectures. Mais il ne me parait pas que le profit de ces séances puisse être bien grand et *rachète toutes les servitudes que le Verein* impose à ses membres. Sans doute, les associations contribuent — et par leurs inconvénients mêmes — à animer la vie universitaire, à grouper les étudiants, à créer entre eux des relations assez intimes et quelquefois cordiales. Mais le véritable étudiant travailleur, celui qui possédera, à la fin de ses études, cette masse de connaissances solides, précises et variées qui nous étonnent parfois chez les meilleurs élèves des Universités allemandes, c'est l'*étudiant solitaire*, qui reste chez lui, que l'on ne connait point et qui ne porte pas couleurs. »

Voilà la vérité vraie : il faut qu'on se le dise. C'est l'étudiant solitaire qui sera plus tard l'honneur de son pays, si les étudiants *syndiqués*, qu'on nous passe ce mot moderne, savent gouverner ce pays. Il en faut des deux espèces ; c'est pourquoi l'association, comme la solitude, a des avantages indiscutables qu'il serait ridicule de ne pas reconnaître; mais n'exagérons rien.

M. B.

FORMULES

Salicylate de Naphtol β (Yvon).

Le *Salicylate de Napthol* β, qui a pour synonyme : *Betol, Naphtalol, Salinaphtol*, est une combinaison d'acide *Salicylique* et de *Naphtol* β, qu'on préconise comme succédané du Naphtol β. C'est une poudre blanche, cristalline, sans odeur, insoluble dans l'eau et peu soluble dans l'alcool, 1 gramme pour 300. Le Salicylate de Naphtol, dont le pouvoir antiseptique est égal à celui du Naphtol β, n'a pas de saveur ; son administration est donc très facile, surtout dans la médecine des enfants ; il ne fatigue pas l'estomac. On l'administre dans les mêmes cas et aux mêmes doses que le Naphtol, 1 à 3 gr. par jour.

Cachets : Salicylate de Naphtol β . . . 0 gr. 50
pour un cachet.
Dose : 2 à 6 par jour.

Paquets : Salicylate de Naphtol β. . 30 grammes.
Bicarbonate de soude . . 15 —
pour 30 paquets.
1 à 3 par jour.

Cachets : Salicylate de Naphtol β . . . 3 gr. 60
Magnésie calcinée . . . . . 2 gr. 40
en 12 cachets.
6 à 10 par jour.

Paquets : Salicylate de Naphtol β. }
Craie préparée . . . } 5 à 10 grammes.
Magnésie calcinée . . }
par 10 paquets.
2 à 4 par jour.

Potion pour les enfants :

Salicylate de Naphtol β . . . . 1 à 2 grammes.
Sirop de fleur d'oranges. . . . 30 grammes.
Eau gommeuse . . . . 20 —
0 gr. 25 centigr. par cuillerée à dessert à prendre dans les 24 heures.

On peut associer le Salicylate de Naphtol au Salol ou au salicylate de Bismuth.

Paquets : Salicylate de Naphtol β . . 15 grammes.
Salol . . . . 15 —
Bicarbonate de soude . . 60 —
en 30 paquets.
3 à 6 par jour.

Paquets : Salicylate de Naphtol β. . 10 grammes.
Salicylate de Bismuth. . . 10 —
en 20 paquets.
3 à 6 par jour.

P. Yvon.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Seringue à injections sous-cutanées de M. le Dr Roux (*de l'Institut Pasteur*).

La seringue, dont nous donnons ci-dessous le dessin, est celle qu'utilise journellement M. le Dr Roux (de l'Institut Pasteur) pour les injections sous-cutanées. C'est celle qui a servi au Pr Cornil, entre autres, pour l'emploi de la lymphe de Koch. Elle nous semble aussi facile à stériliser que celle du savant berlinois ; de plus, elle est d'un maniement bien plus commode.

Elle est essentiellement caractérisée par le mode de construction de son piston qui est constitué par un morceau de moelle de sureau (Collin). Le seul perfectionnement, qu'on pourrait avoir l'intention d'y apporter, devrait porter sur le bouchon, qui est en liège. Peut être vaudrait-il mieux qu'il fut fait avec une substance un peu moins friable.

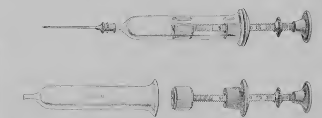


Fig. 1. — Seringue à injections sous-cutanées de M. le Dr Roux.

Quoi qu'il en soit, cette seringue est très facile à stériliser. Il suffit pour cela de la faire bouillir une vingtaine de minutes avant de s'en servir dans de l'eau, purifiée au préalable par le filtre Chamberland. Une bonne précaution consiste à faire bouillir les trois parties (1) séparément ou bien à faire bouillir l'instrument après l'avoir complètement rempli d'eau stérilisée. De cette façon, la surface interne du cylindre de verre est rendue réellement aseptique. — Une remarque encore : Il faut autant que possible ne pas se servir du même instrument pour faire des injections avec des liquides septiques ou des solutions aseptiques. Il vaut mieux avoir deux seringues, une pour chaque sorte de liquide.

M. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 21 déc. 1890 au samedi 27 déc. 1890, les naissances ont été au nombre de 1198 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 443 ; illégitimes, 167, Total, 610. — *Sexe féminin :* légitimes, 419 ; illégitimes, 169, Total, 588.

(1) Piston, corps de la seringue, aiguille.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 21 déc. 1890 au samedi 27 déc. 1890, les décès ont été au nombre de 1174 savoir : 586 hommes et 588 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 5, T. 8. — Variole : M. 0, F. 3, T. 3. — Rougeole : M. 7, F. 7, T. 14 — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 4, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 18 F. 17, T. 35. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 86, T. 208. — Autres tuberculoses : M. 6, F. 8, T. 14. — Tumeurs bénignes : M. 18, F. 33, T. 51. — Tumeurs malignes : M. 1, F. 2, T. 3. — Méningite simple : M. 10, F. 18, T. 28. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 35, T. 59. — Paralysie : M. 4, F. 6, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 3 F. 3, T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 38, F. 40, T. 78. — Bronchite aiguë : M. 34, F. 21, T. 55 — Bronchite chronique : M. 24, F. 29, T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 18, F. 10, T. 28 — Pneumonie : M. 57, F. 62, T. 119. — Gastro-entérite, biberon, M. 11, F. 12, T. 23. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 2, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 1, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 20, F. 17, T. 37. — Sénilité : M. 17, F. 36, T. 53. — Suicides : M. 10, F. 7, T. 17. — Autres morts violentes : M. 7, F. 3, T. 10. — Autres causes de mort : M. 109, F. 103, T. 212 — Causes restées inconnues : M. 11, F. 2, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 76, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 10. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 13. Total : 37.

Faculté de Droit de Paris. — *Cours libre de médecine légale : Des caractères distinctifs de l'aliénation et de la criminalité.* — Le Dr Dubuisson, médecin en chef à l'Asile Sainte-Anne, commencera ce Cours le jeudi 8 janvier 1891, à quatre heures et demie, dans l'ancien amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Internat.* — Voici les premières questions posées à l'épreuve orale de ce concours : *Vaisseaux et nerfs du pied ; Causes, signes et diagnostic du mal perforant — Région partidienne ; Oreillons. — Lobule hépatique ; symptômes du diabète sucré.*

Concours de l'Externat. — Les questions posées aux dernières épreuves de pathologie ont été : *Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme ; — Signes de la pneumonie franche et aiguë.*

Asiles d'aliénés. — *Nominations et mutations.* — M. le Dr Dubiau, directeur-médecin de l'asile public d'Armentières (Nord), est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite à partir du 1er décembre, et nommé directeur-médecin honoraire. (Arrêté du 8 novembre 1890.) — M. le Dr Maunier, médecin en chef de l'asile public de Pierrefeu (Var), est promu à la 2e classe, à partir du 1er janvier 1891 (25 novembre). — M. le Dr Rousset, médecin-adjoint à l'asile public de Saint-Robert (Isère) nommé aux mêmes fonctions à l'asile public de Bron (Rhône), est maintenu dans la 1re classe (24 novembre). — M. le Dr Dupain, ancien interne des asiles publics d'aliénés de la Seine, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés, à la suite du concours ouvert à Lille le 20 novembre 1890, nommé médecin-adjoint à l'asile public de Bailleul (Nord) est compris dans la 2e classe (11 décembre). — M. le Dr Maunier, médecin en chef à l'asile public de Pierrefeu (Var), est nommé directeur-médecin du même établissement à partir du 1er janvier 1891 (12 décembre). — M. le Dr Taguet, directeur-médecin de l'asile public de Lesvellec (Morbihan) est nommé aux mêmes fonctions à l'asile public d'Armentières (Nord), en remplacement du Dr Dubiau, et maintenu dans la classe exceptionnelle (19 décembre). — M. le Dr Chambard, médecin en chef de l'asile public de Cadillac (Gironde), est nommé directeur-médecin de l'asile public de Lesvellec (Morbihan), en remplacement du Dr Taguet, et maintenu dans la 3e classe (20 décembre).

Association française pour l'avancement des sciences.— Les *Conférence à Paris* auront lieu les Samedis soir à 8 h. et demie très précices, du 10 janvier au 14 mars 1891, en l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente. — *Programmes des Conférences :* 10 janvier, M. Janssen. *Les observatoires de Montagne* ; 17 janvier, M. Henry L. de Vilmorin. *Production et Commerce des Fleurs à Paris* ; 24 janvier, M. Marcellin Boule. *Les grands Animaux fossiles d'Amérique* ; 31 janvier, M. Thoulet. *L'Océanographie* ; 7 février, M. Jean Dybowski. *L'Algérie et le Sahara* ; 14 février, M. le Dr Léon-Petit. *La Tuberculose et ses traitements* ; 21 février, M. H. Cordier. *La Chine à travers les âges, vue par les étrangers* ; 28 février, M. E. Fournier de Flaix. *Les Grands Ports de France. Le Port de Paris* ; 7 mars, M. Maquenne. *L'Azote atmosphérique et la Végétation* ; 14 mars, M. Demontzey. *Le Reboisement des Montagnes et l'Extinction des Torrents.*

Distinctions honorifiques. — *Légion d'honneur.* — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Commandeur* : M. le Dr Papillon. — *Officiers* : MM. les Drs Chauvel, Kelsch, Derazey, Longet, Dubois, Dogny ; M. le pharmacien Passant ; M. le Dr Bernard. — *Chevaliers* : MM. les Drs Billot, Durand, Collin, Lippman, Gigon, Dubryadoux, Duponchel, Raymond, Longuet, Descargnes, Sommeillier, Troy, Lazare, Gross, Pozzo di Borgo, Janin, Letassier ; MM. Liarmois et Tournon, officiers de santé. — *Chevalier du Mérite agricole* : M. le Pr Guignard, professeur à l'Ecole de pharmacie de Paris, est nommé chevalier du Mérite agricole.

Fièvre typhoïde a Rome. — Une intense épidémie de fièvre typhoïde règne depuis trois mois à Rome ; il y a eu dans la ville plus de 10,000 cas, etdans les environs plus de 16,000.

Hommage a Pasteur. — Les *Journaux de Saint-Pétersbourg* racontent que M le Dr Chamberland, venu à Saint-Pétersbourg pour l'inauguration de l'Institut de médecine expérimentale, a fait une visite à l'Académie militaire de médecine. Quand le chef de l'Académie a présenté le docteur français aux étudiants, ces derniers ont répondu à la présentation par un tonnerre d'applaudissements. M. Chamberland a dit en quelques mots que ces hommages s'adressaient surtout à son maitre, M. Pasteur.

Hôpital de la Pitié. — *Incendie.* — Un commencement d'incendie s'est déclaré cette semaine à l'hôpital de la Pitié, dans une chambre occupée par l'un des employés de l'administration. Les dégâts ont été très peu importants. La chambre où le feu a pris est située sur la rue Lacépède ; elle est assez éloignée des salles des malades.

Hôpital pour enfants tuberculeux a Tours. — Le département d'Indre-et-Loire estpeut-être appelé à avoir le deuxième hôpital d'enfants tuberculeux. Un des médecins de cette ville, qui s'occupe spécialement des maladies d'enfants, a fait appel à la générosité de ses compatriotes, et sa voix a été entendue. Dans les environs de Tours, en pleine campagne, dans un site des plus aérés, un propriétaire a offert deux hectares de terrain. En même temps, les souscriptions arrivaient nombreuses : la liste des premiers souscripteurs comprend : de riches propriétaires et châtelains, les députés du département, des conseillers généraux et d'arrondissement, des médecins, des magistrats, etc.

Le Choléra en Asie-Mineure. — Par suite de l'invasion du choléra à Tripoli, où il sévit avec violence, la ville de Beyrouth se trouve sérieusement menacée ; aussi une panique générale s'est emparée de la population indigène qui fuit vers la montagne, malgré le froid qu'il y fait. L'épidémie cholérique est complètement terminée, aussi bien à Antioche que dans les villages enxironnants. Depuis le 1er décembac, on ne signale plus ni cas ni décès nouveaux ; aussi, tous les chrétiens, qui avaient fui devant le choléra, sont-ils rentrés en ville. La durée de l'épidémie de 1890 a été approximativement la même que celle des deux derniers choléras de 1875 et 1865.

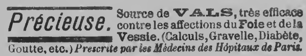
Service de santé militaire. — Sont promus, au grade de médecin principal de 1re classe : M. Kiener, de 2e classe ; au grade de médecin principal de 2e classe : M. Rouflay, médecin-major de 1re classe de l'École de Fontainebleau.

Variole a Bruxelles. — La variole sévit à Bruxelles et dans les faubourgs.

Nécrologie. — M. Emile Richard, président du Conseil municipal de Paris. Né en 1843, à Paris, M. Richard étudia d'abord la médecine ; mais bientôt il quitta l'étude des sciences pour la politique et le journalisme. En 1870, pendant la guerre d'Allemagne, il servit comme médecin-major auxiliaire. Au Conseil municipal, M. Richard s'occupa surtout des questions d'enseignement. Il a rédigé un travail considérable et fort intéressant sur la *Prostitution.* Il fut un de ceux qui défendirent le Laboratoire municipal au Conseil. — M. le Dr L. Boyer (de Paris). — M. le Dr Rampal, professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. le Dr Mayer, privat-docent de gynécologie à Berlin. — M. le Dr Thayer, professeur de chirurgie à Cleveland. — M. le Dr Wieger, un des représentants les plus distingués de la scienee médicale à Strasbourg, vient de mourir, dans cette ville, à l'âge de soixante-neuf ans. M. Wieger avait été nommé, en 1850, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, et, en 1865, titulaire de la chaire de pathologie interne. Après la guerre, il avait été nommé directeur de la clinique des maladies cutanées et professeur de syphiligraphie et dermatologie à l'Université. Il a publié différents ouvrages, parmi lesquels il faut signaler une brochure sur le choléra, et, en 1885, à l'occasion

du *Congrès des médecins et des naturalistes allemands à Strasbourg*, une histoire de la médecine et des établissements médicaux à Strasbourg de 1497 à 1872. — M. le Dr ROUSTAN (de Creil). — M. le Dr DEBAY, médecin de la marine. — M. le Dr LE BACHELIER, à Sartilly. — M. le Dr DUMAREST (de Hauteville). — M. G. HOORN, inspecteur municipal des denrées alimentaires à Amsterdam, collaborateur de la *Revue internationale des falsifications*, qui a rendu de nombreux services à la science et en particulier à l'hygiène alimentaire. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons le décès de M. le Dr BAILLARGER (de Paris). Nous lui consacrerons un article nécrologique dans notre prochain numéro.

ON DÉSIRERAIT acheter les *Annales de Dermatologie* de 1880 à 1887. S'adresser, pour les conditions, aux bureaux du journal.



Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

AVIS A NOS ABONNÉS.—*L'échéance du* 31 *DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 0/0 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 *à nous les réclamer* **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Vient de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs.— Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

BABES (V.) et KALINDERO (N.).— Un cas de maladie d'Adisson avec lésion des centres nerveux. Brochure in-8° de 15 pages, avec 2 planches hors texte.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

TEISSIER (J.). — L'influenza de 1889-1890 en Russie. Rapport de mission adressé à M. le Ministre de l'Instruction publique.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

DUPLAY (S.) et RECLUS (P.). — Traité de chirurgie. Tome II, par MM. Lejars, Michaux, Quénu, Ricard, Poncet. Volume in-4 de 823 pages. — Prix : 18 fr. — Ce Traité de Chirurgie formera 8 volumes. On souscrit à *forfait,* pour les 8 volumes, au prix de 140 fr.

AMIABLE (L.). — Rapport sur la colonie de vacances du Ve arrondissement. Brochure in-8° de 15 pages. — Paris, 1890. — Imprimerie Moquet.

ALVAREZ (B.-G.) — Higiene del oidognia util para todos y muy particularmente para los niños. Brochure in-8° de 48 pages. — Madrid, 1890. — M. Romero.

BERILLON (E.). — Les indications formelles de la suggestion hypnotique en psychiatrie et en neuropathologie.— Brochure in-8° de 16 pages. — Paris, 1891. — Librairie Lefrançois.

BIANCHI (L.). — La responsabilita nell' isterismo. Brochure in-8° de 16 pages. — Reggio-Emilia, 1890. — Tipografia di S. Calderini e Figlio.

BIANCHI (L.). — Le psicologia in rapporto alle ultime nozioni di fisiologia del cervello. Brochure in-8° de 17 pages. — Milano, 1890, F. Rachiedei.

BUFALINI (G.). — Della influenza di alcuni medicamenti sul de corso del diabete. Brochure in-8° de 58 pages. — Roma 1890. — Tipografia innocenzo artero.

BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX. — Vient de paraître le tome X. Brochure in-8° 250 pages. — Bordeaux, 1889. — Imprimerie G. Gounouilhou.

DAGONET (H.). — Etude clinique sur le délire de persécution. Brochure in-8° de 48 pages. — Paris, 1890. — Imprimerie G. Née.

DOUCET. — Rapport annuel lu en séance publique le 13 octobre 1890. Brochure in-8° de 20 pages. — Bruxelles, 1890. — Librairie G. Mayolez.

ELMASSIAN (A.). — Contribution à l'étude de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Brochure in-8° de 51 pages. — Paris, 1890. — H. Jouve.

FREUND (H.-W.). — Neuer Beitrag zur Ichthyolbehandlung bei Franen-Krankheiten. Brochure in-8° de 7 pages. — Berlin, 1890. — Gedruckt bei L. Schumaker.

GEPPERT (J.) — Sur les agents et les méthodes de désinfection. Volume in-12 de 96 pages. — Paris, 1891. — Hinrischsen.

HENAULT (J.). — Le bain froid contre la pneumonie grave. Volume in-8° de 107 pages. — Paris 1890. — H. Jouve.

KUMMER (E.). — Ostéotomie linéaire courbe. Brochure in-8° de 5 pages. — Revue d'oOthopédie.

KOCH. — Le traitement de la tuberculose. Volume in-8° de 85 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1890. — Louis Westhausser.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 2. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 10 JANVIER 1891.

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

Des Cirrhoses hépatiques de l'Enfance;

par Mlle Blanche EDWARDS, docteur en médecine.

Les cirrhoses hépatiques sont rares chez l'enfant, ainsi que l'ont remarqué tous les auteurs qui ont traité cette question depuis Gerhardt, si l'on en excepte les cas de cirrhose due à la syphilis héréditaire ; en effet, les observations de lésions du foie dans la syphilis héréditaire se sont multipliées depuis Gubler qui, en 1847, les a signalées et décrites le premier, tandis que les cirrhoses d'autre étiologie n'ont pas fourni plus d'une centaine de cas à la science.

Cependant, le volume relatif de la glande hépatique chez le fœtus et le nouveau-né, l'importance et le nombre des fonctions auxquelles elle préside à cet âge, la fréquence des perturbations dont elle est le siège et que trahit le syndrome ictère que l'on retrouve environ chez les deux tiers des nouveau-nés donneraient à penser que les affections du foie y sont très nombreuses.

Mais la cirrhose est une lésion avancée, tardive, qui demande du temps pour se développer, et l'on n'a de chances de trouver au début de la vie que des formes moins anciennes de la maladie, l'hépatite, par exemple, qui ne pourra faire place au processus scléreux qu'avec le temps. Pour la syphilis héréditaire, on a pu observer des lésions scléreuses à la naissance, car la maladie est déjà ancienne chez les nouveau-nés. Aussi, y aura-t-il grand intérêt pour nous, dans cette revue, à voir la marche des lésions hépatiques dans la syphilis, parce que ces lésions plus fréquentes que les autres et qui aboutissent au processus scléreux nous permettront sans doute de reconnaître les stades intermédiaires à l'hépatite et à la sclérose que nous avons plus de chances de rencontrer dans les cirrhoses d'autre étiologie.

C'est surtout sur le rôle étiologique des *maladies infectieuses* dans les cirrhoses hépatiques que nous nous proposons d'insister ; la voie de pénétration des principes infectieux n'est pas toujours facile à déterminer ; elle est sanguine dans la syphilis, la malaria, la tuberculose héréditaires, elle peut être digestive dans la tuberculose, les ptomaïnes toxiques (1), ou mal connue comme dans la rougeole, la scarlatine, la malaria, la fièvre typhoïde, la pneumonie, les états infectieux de suppurations (brûlures, psoïtis et coxalgie, etc.).

Nous n'oublierons pas non plus le rôle étiologique de l'alcoolisme qui, pour moins fréquent qu'il soit que chez l'adulte, ne se retrouve cependant pas moins de 11 fois sur 100 dans le tableau de W. Edwards comme alcoolisme direct, sans tenir compte de l'alcoolisme par la nourrice alcoolique, ni de l'alcoolisme héréditaire. Enfin, la cirrhose cardiaque a été reconnue quelques fois chez les jeunes enfants.

Historique et étiologie. — Les limites de notre Revue et le petit nombre des cas observés nous permettent de grouper ces deux ordres de faits.

L'infection syphilitique a été, en effet, la première décrite par Gubler (2), suivi bientôt par Virchow (3) qui, à la description très exacte de Gubler, ajouta la notion histologique des différentes formes. La thèse d'agrégation de Vidal (1860) résume l'état de la question.

(1) W. Edwards.— *Arch. of Pediatrics.* Waton, Philadelphia, juillet 1890, cas n° 38 du tableau. Dilatation de l'estomac, cirrhose atrophique.

(2) Gubler. — Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis. *Gaz. méd.*, 1852, n° 17 ; id., 1854.

(3) Virchow, 1860. — Syphilis constitutionnelle.

De nombreux travaux de détail paraissent ensuite et complètent la description, classique maintenant, du foie de la syphilis héréditaire. Baerensprung (1) ramène à l'unité les diverses lésions ; E. Wagner (2) décrit le syphilome hépatique. Dans deux travaux récents, MM. Hutinel et Hudelo (3) et ce dernier (4) reprennent toutes les notions déjà acquises sur cette question et sur la syphilis héréditaire tardive.

M. Hudelo, dans un intéressant résumé anatomo-pathologique, donne une succession des diverses lésions hépatiques dont nous nous servirons plus tard au chapitre anatomie.

A côté des cirrhoses dues à l'infection syphilitique, il nous faut placer celles attribuées à l'*infection tuberculeuse*. Un des premiers cas signalés de cirrhose du foie chez l'enfant, l'observation de Becquerel (1840) se rapporte à un enfant tuberculeux. Oswald en 1876 (5), Hutton, 1883 (6) en ont également cité des observations. C'est en 1883 également que M. Sabourin (7) parla du rôle étiologique de la tuberculose dans la cirrhose hépatique et, en 1884, Bellangé (8) choisit ce sujet pour sa thèse inaugurale. Dans ces dernières années, Blocq et Gillet (9) étudièrent la cirrhose graisseuse dans la tuberculose et insistent sur deux points : le point anatomique, la dégénérescence graisseuse au milieu de la prolifération conjonctive et, cliniquement, la forme grave, ataxo-adynamique de ces formes pathologiques. Dans une clinique de l'Hôpital des Enfants-Malades, M. Hutinel (10) a résumé la question de la cirrhose tuberculeuse chez les enfants.

Dans le tableau de W. Edwards (11), nous trouvons, sur les 100 cas, 13 observations de cirrhose d'origine tuberculeuse chez les enfants. La forme péritonite tuberculeuse est observée le plus fréquemment comme étiologie (8 fois), la périhépatite tuberculeuse avec pleurésie 1 fois. Mais, dans le travail de Laure et Honorat (12), nous remarquons que la marche de la cirrhose hépatique avec ascite chez l'enfant peut parfois être prise pour une péritonite tuberculeuse ; les auteurs ont fait une fois cette erreur, et dans le tableau américain, elle est relevée au compte des péritonites tuberculeuses. D'autre part, dans quelques-uns des cas, la péritonite était beaucoup plus récente de date que la cirrhose (13), aussi ne faudrait-il peut-être pas lui attri-

(1) Baerensprung. — Die hereditare Syphilis, 1864.

(2) E. Wagner. — *Arch. der Heilkunde*, 1864 : Uber das Syphilome.

(3) Hutinel et Hudelo. — Etude sur les lésions syphilitiques du fœtus. *Arch. méd. Expér.*, 1890, p. 589.

(4) Hudelo. — Th. 1890. Lésions du foie dans la syphilis héréditaire.

(5) Oswald. — Tr. obst. Soc. Lond., 1876. Péritonite tuberculeuse; sclérose ancienne du foie.

(6) Hutton. — *Brit. med. Journ.*, 1883. V. I. Foie muscade chez des enfants de 3 ans 1/2 avec tuberc. généralisée. Périt. tuberc. récente.

(7) Sabourin. — *Arch. phys.*, 1883.

(8) Bellangé. — Th. Paris, 1884.

(9) Blocq et Gillet. — Cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses. *Arch. gén. méd.*, 1888.

(10) Hutinel.— Cirrhose tuberculeuse chez les enfants. Clinique in *Bull. méd.*, 1890. I, p. 64.

(11) W. Edwards (de Philadelphie). — *Arch. of pediatrics*, juillet, 1890.

(12) Laure et Honorat. — *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars 1887. Etude sur la cirrhose infantile.

(13) Cas de Hutton, n° 24 du tableau.

buer un rôle étiologique aussi considérable que l'indiquerait le tableau.

Après ces deux grandes causes, ce sont *les fièvres éruptives* qui ont attiré l'attention. La fréquence de la congestion du foie au cours des fièvres n'est pas à démontrer; les formes bilieuses des maladies fébriles, pour moins fréquentes qu'elles soient actuellement, ont été signalées par tous les auteurs classiques. De là à retrouver du côté du foie des lésions durables, anciennes, des cirrhoses infectieuses comme on en a trouvé à la suite de ces mêmes fièvres du côté du rein, néphrites de la scarlatine, de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, néphrites infectieuses en un mot, il n'y a qu'un pas et ce pas a été franchi par Laure et Honorat (1) qui ont recherché des lésions hépatiques chez les rubéoliques et les ont trouvées dans cinq cas.

Friedreich, Biemer, Wagner, Weigert avaient signalé les lésions transitoires du foie au cours des maladies infectieuses chez les enfants, mais Laure et Honorat ont systématisé leurs recherches et ont trouvé une lésion établie, une cirrhose. Siredey (2) avait signalé un cas de cirrhose dans la scarlatine et avait entrevu le rôle de l'infection dans la production de la lésion scléreuse du foie. Dans un travail récent enfin, W. Edwards, de Philadelphie (3), reprend la monographie de Laure et Honorat en y ajoutant le tableau des observations actuellement connues, et en y faisant la part de la malaria. Nous avons déjà fait des emprunts à ce tableau et nous aurons encore l'occasion d'y revenir.

Dans cette liste, la rougeole seule intervient neuf fois, la scarlatine seule trois fois, la coqueluche grave une fois, la malaria seule cinq fois. Dans six cas, il y a eu scarlatine, rougeole et coqueluche et dans un autre rougeole et croup. En somme, les fièvres éruptives ont donné 25 0/0 des cas de cirrhose du tableau total.

Il nous faut joindre aux 25 cas de fièvres éruptives 8 cas de maladies nettement infectieuses et que l'on a retrouvées dans les anamnestiques d'enfants atteints de cirrhose hépatique; ils se décomposent ainsi : un cas de pneumonie; deux de fièvre typhoïde; un de fièvre typhoïde et pneumonie; deux de psoïtis suppurée, auxquels nous joignons un cas de coxalgie suppurée et un de brûlures étendues avec fièvre septique. Cette liste porte à 1/3 du chiffre total des cas relevés le nombre des cirrhoses hépatiques où les fièvres infectieuses ont joué un rôle étiologique évident.

Nous ne voulons pas passer outre sans signaler un rapprochement qui s'impose: Tandis que nous voyons les maladies infectieuses produire du côté du foie des cirrhoses chroniques, depuis longtemps on a rattaché aux maladies infectieuses des néphrites interstitielles chroniques. Dans le système nerveux, P. Marie a signalé le rôle étiologique des maladies infectieuses sur la production des plaques de sclérose, de la moelle et du cerveau, et c'est surtout chez les enfants que cette étiologie de la sclérose en plaques a été mise en évidence par lui; pour le cerveau aussi, M. Lemoine a indiqué le rapport entre les maladies infectieuses et l'épilepsie avec sclérose cérébrale.

Malgré l'importance numérique reconnue de ces causes, nous voulons, pour ne rien omettre, signaler encore deux origines différentes signalées dans un nombre limité d'observations. *L'obstruction congénitale du canal cholédoque* a été reconnue une fois comme cause de cirrhose du foie (4).

Les lésions cardiaques ont produit plus souvent la cirrhose, et aux trois observations signalées dans la liste américaine et qui appartiennent à Virchow (1), à Bouchut (2) et à Sutherwaite (3), il nous faut en ajouter deux qui viennent de faire l'objet d'un mémoire de MM. Hanot et Parmentier (4) et où la lésion cardiaque a donné lieu à de la cirrhose sus-hépatique.

Nous pouvons aussi reconnaître que si l'*alcoolisme* ne joue pas dans la cirrhose infantile le rôle qui lui est dû dans la cirrhose de l'adulte, il est cependant plus fréquent qu'on ne le croirait au premier abord; sur 100 cas, il a été reconnu *onze* fois comme certain et *six* fois comme probable, chez des enfants au-dessous de 15 ans. Dans une observation, l'enfant avait 3 ans et buvait abondamment de l'eau-de-vie. C'est surtout dans les classes pauvres, et en Angleterre, que ces cas ont été observés. Outre l'alcoolisme direct de l'enfant, il y a aussi à s'enquérir de l'alcoolisme de la nourrice et de l'alcoolisme héréditaire, car, dans quatre autres cas, les enfants étaient en puissance de la diathèse scléreuse de Gull et Sutton, sans doute par hérédité alcoolique.

Anatomie pathologique. — En dépouillant les cas examinés par les auteurs, on est frappé de la variabilité des aspects macroscopiques : tantôt le foie est augmenté et déborde le rebord costal; tantôt, au contraire, il est considérablement diminué; parfois rouge et mou, il est plus souvent jaunâtre ou « muscade » et dur. Ces différents aspects correspondent sans doute à des degrés de développement de la lésion élémentaire et c'est à l'étude de celle-ci qu'il nous faut arriver. Tantôt la sclérose est généralisée; parfois, au contraire, elle est limitée à un lobe ou même disposée en îlots.

Commençons par reconnaître ce que l'on trouve dans les cirrhoses infectieuses, dans la cirrhose de la rougeole, par exemple, telles que nous les donnent les descriptions de Laure et Honorat.

Dans ces cirrhoses on observe :

La dilatation de vaisseaux interlobulaires.

La prolifération du tissu conjonctif dans les espaces portes dilatés, poussant des prolongements entre les lobules, parfois pénétrant à l'intérieur des lobules jusqu'à la veine centrale.

Epaississement conjonctif des parois vasculaires veineuses, surtout des espaces portes.

Prolifération des canalicules biliaires.

Parfois, à la périphérie des lobules, désorganisation des cellules hépatiques et transformation graisseuse.

D'ordinaire, ce processus scléreux est généralisé, parfois aussi il est disposé en îlots.

En somme, cirrhose mixte, porte et annulaire avec infiltration embryonnaire et dégénérescence graisseuse.

Que voyons-nous signaler dans les cirrhoses syphilitiques par les auteurs les plus récents ?

Le nombre des cas, la variété des stades où est survenue la mort, nous permettront peut-être, par la comparaison avec les cirrhoses infectieuses, de reconnaître la marche et les signes distinctifs qu'ont pu communiquer aux cirrhoses ces étiologies diverses.

Hudelo, dans sa thèse, indique, aux lésions de la cirrhose syphilitique, la marche suivante qu'il a établie d'après l'âge des lésions observées.

Le processus débute par de la *congestion vasculaire* avec augmentation des leucocytes.

L'*infiltration embryonnaire* suit et à ce début unique succèdent deux modes d'évolution :

L'infiltration se généralise, s'organise en tissu fibreux adulte et nous sommes en présence de l'*hépatite syphilitique interstitielle*, foie silex de Gubler.

(1) Laure et Honorat. — Mémoire sur la cirrhose infantile; in *Rev. mens. des mal. de l'enfance*, mars 1887.

(2) A. Siredey. — 1886, *Rev. méd.* Act. du foie dans les maladies infectieuses.

(3) W. Edwards. — *Loc. cit.*

(4) *Trans. Lond. Path. Soc., XXXIV*, 129; 1882. Cirrhose hypertrophique chez un enfant de six mois atteint congénitalement d'obstruction du canal cholédoque.

(1) Virchow. — *Arch.*, 1861, XXVI, 426. Où il y avait de la cirrhose chez un enfant mort-né dont le cœur était anormal.

(2) Bouchut. — *Clin. des Enf. malades*, 1884, p. 247. Cirrhose chez un enfant atteint d'endocardite aiguë après la chorée.

(3) Sutherwaite. — *Rep. handb. med. sc.*, 1884, III, 557. Cas de cirrhose chez un enfant atteint du sténose mitrale.

(4) Hanot et Parmentier. — *Arch. gén. de médecine*, oct. 1890. Deux cas de cirrhose sus-hépatique d'origine cardiaque.

Ou bien l'infiltration se localise en *îlots scléreux* qui, suivant le volume ou plutôt le nombre d'agglomérations scléreuses, donnent les états suivants : le *syphilome miliaire*, grains de semoule de Gubler; le *nodule gommeux*; enfin la *gomme syphilitique*, plus rare chez l'enfant (1).

Cette prolifération fibreuse est également porte, annulaire, périvasculaire ; elle finit par détruire les lobules et les cellules hépatiques en les enserrant, mais la dégénérescence graisseuse de la cellule ne s'y retrouve pas.

Aux premiers stades correspondent ces foies gros, mous, de coloration rouge brun ou rouge violacé que nous trouvons signalés dans quelques-unes des observations, qu'il s'agisse de la syphilis ou des autres infections. Puis dès que la sclérose s'établit, le foie devient plus dur, diminue de volume, et si la sclérose est ancienne et généralisée, on trouve des foies devenus petits, durs, comme élastiques. Si cette évolution est nette pour la syphilis où les étapes ont toutes été reconnues, il est impossible de ne pas les reconnaître à l'état fruste dans les fièvres infectieuses, alors que nous avons des cas où la seule lésion est la congestion vasculaire avec prolifération des leucocytes, lorsque le malade meurt au cours de la rougeole par exemple, tandis que si le malade a succombé plus tardivement, comme dans les cas I et II de Laure et Honorat, on trouve le petit foie ratatiné, scléreux. Dans l'Obs. III, la clinique permet de reconnaître la probabilité de l'hypothèse : l'enfant au début, *pendant* la rougeole, avait de la *congestion hépatique*; le foie débordait les fausses côtes ; plus tard, le foie diminua peu à peu et, à l'autopsie, le foie était petit et scléreux. Pour compléter la ressemblance, non seulement on trouve la cirrhose hépatique généralisée, mais encore on observe, dans un petit nombre de cas, la forme nodulaire de la sclérose atrophique avec épaississement de la capsule de Glisson (2) ; la sclérose nodulaire s'observe aussi quand le reste du parenchyme est resté congestionné (3).

Enfin, pour compléter le rapport à établir dans la marche des lésions dans le foie de l'infection syphilitique et le foie des autres infections, rappelons que, dans la syphilis héréditaire tardive, alors que la cachexie s'est établie à côté des lésions scléreuses, vient se greffer la dégénérescence amyloïde, c'est la forme *amylo-gommeuse* de Barthélemy (4). Ne pourrait-on rapprocher de cette forme la dégénérescence hépatique que l'on observe dans les fièvres infectieuses à marche rapide et surtout au cours de la tuberculose? Ce sont ces cas que semblent avoir eus en vue Blocq et Gillet (5). Mais là il s'agit de dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques comprises dans une gangue de prolifération conjonctive.

Symptômes. — Comme chez l'adulte la symptomatologie varie beaucoup suivant l'âge de la lésion ; l'âge du malade a aussi une influence chez les tout petits enfants où les vomissements sont si fréquents ; ces troubles gastriques ne peuvent recevoir une interprétation bien sérieuse. Souvent de la constipation, parfois de la diarrhée accompagnent ces vomissements, qui ne deviennent sérieux dans leur signification que par l'ensemble des autres symptômes ou par la présence du sang. Les hématémèses ont, en effet, été relevées 10 fois sur 100, et les ulcérations intestinales avec mélœna quelques fois. D'autres hémorrhagies se produisent aussi assez souvent : les épistaxis sont très fréquentes, 15 p. 100 ; les stomatorrhagies, les ecchymoses sous-cutanées, les pétéchies, le purpura hémorrhagique et l'urticaire chronique se rencontrent aussi assez souvent. Mais deux symptômes sont surtout fréquents : l'ictère et l'ascite. Au lieu d'être pour ainsi dire opposés comme chez l'adulte, on les trouve au contraire très souvent unis ; ils ont été retrouvés : l'ictère dans 40 observations et l'ascite dans 45. Leur intensité varie beaucoup suivant les cas, tandis que chez certains enfants l'ascite était à peine perceptible ; chez d'autres, au contraire, il fallut faire la ponction deux et trois fois; nous remarquons que, dans la cirrhose qui succède à l'infection scarlatineuse et dans ceux des cas où l'alcoolisme était manifeste, l'ascite jouait un rôle important.

Il en est de même pour *l'ictère*, qui est dans beaucoup de cas indiqué comme traces d'ictère ; tandis qu'ailleurs il y a de l'ictère prononcé et permanent. L'œdème s'est manifesté dans cinq observations, mais dans le cas d'Edwards il s'agissait d'une forme d'œdème assez spécial, qui produisait une bosse de la grosseur d'un œuf au milieu du front et n'envahissait pas les paupières. La dilatation des veines de l'abdomen et des veines du tronc se présente un grand nombre de fois et accompagne la plupart des cas où l'ascite nécessite la ponction.

Enfin, la concomitance de l'albuminurie et la présence à l'autopsie de sclérose rénale se sont retrouvées dans 1/5 des observations.

Il est également un point qu'il faut noter, c'est qu'en dehors de la malaria ces malades sont très fréquemment atteints d'élévation de la température ou tout au moins d'inégalité dans la température.

C'est d'ordinaire la cachexie, comme chez l'adulte atteint de cirrhose atrophique, parfois les hémorrhagies, comme dans la cirrhose hypertrophique, qui emportent les malades ; notons encore la fréquence des accidents nerveux qui tient à l'âge des sujets et qui termine la scène ; les convulsions, le coma ; les phénomènes ataxo-adynamiques sont assez fréquents à une période avancée de la cirrhose du foie chez l'enfant et amènent la terminaison fatale.

En effet, le pronostic est des plus mauvais. A l'exception de 5 ou 6 cas, le dénouement a toujours été mortel, et la maladie ne semble pas avoir dépassé une durée de deux ou trois ans; la marche en est donc plus rapide que chez l'adulte.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la maladie : l'examen attentif d'un enfant, dont les digestions restent mauvaises après une quelconque des infections que nous avons mentionnées ; l'inspection de l'abdomen qui y fera distinguer des veines dilatées, des éruptions plus ou moins ecchymotiques; l'existence d'épistaxis, d'hématémèses, de stomatorrhagies, d'œdèmes limités ou généralisés ; la présence de l'ictère et surtout de l'ascite doivent appeler l'attention du côté du foie. La palpation, la percussion de l'organe permettent d'en reconnaître le volume et d'en soupçonner la lésion.

Laure et Honorat insistent sur la difficulté du diagnostic avec la *péritonite tuberculeuse;* difficulté d'autant plus grande, qu'ainsi que nous l'avons vu, il y a souvent concomitance des deux maladies.

L'intérêt de la question gît d'ailleurs tout entier dans la pathogénie, et c'est à l'infection que chez l'enfant il faut attribuer, pour la cirrhose hépatique, le rôle que l'on a fait jouer à l'alcoolisme chez l'adulte, et qui, chez ce dernier même, est obligé de céder un peu de terrain à la cause infectieuse que l'on y dépiste souvent.

(1) Si je puis me permettre de grouper en tableau la marche du processus indiqué au chapitre anatomo-pathologique, par Hudelo, je le schématiserai ainsi :

1re Pér. : Congest. vasculaire et augmentation des leucocytes.
2e Pér. : Infiltration embryonnaire.
3e Pér. :
- Sclérose généralisée, hépatite syphilitique interstitielle, foie scléreux.
- Sclérose en ilots :
  - 1° Syphilome miliaire,
  - 2° Nodules gommeux.
  - 3° Gommes du foie.

(2) Moore. — *Trans. Lond. Soc. Path.*, XXVII, p. 133.

(3) Murray-Lancet, 1863, p. 221. — Westergreen. *Lond. med. Rev.*, 1881, p. 116. — Unterburger. *Jahr. für Kinderkr.*, 1876, p. 390.

(4) Hudelo. — Th. 1890, p. 90.

(5) Blocq et Gillet. — *Loc. cit.*

Missions scientifiques.—M. le docteur Regnault, major de l'Hôtel-Dieu de Marseille, est chargé d'une mission aux Indes anglaises en vue d'y effectuer des recherches d'anthropologie et d'ethnographie. —M. le docteur A. Trumet de Fontarce, membre de la Société d'anthropologie, est chargé d'une mission en Tunisie, en vue de recherches anthropologiques.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Deux cas de sciatique spasmodique ;

par H. LAMY, interne des hôpitaux.

Les attitudes vicieuses, et en particulier les déviations du rachis récemment étudiées par MM. Charcot, Babinsky, Ballet, font maintenant partie du cortège symptomatique des sciatiques. Tout récemment, l'attention a été attirée par notre maître, M. Brissaud (1), sur une variété de cette névralgie, dans laquelle l'inclinaison de la colonne vertébrale se fait du côté malade, dans laquelle, autrement dit, il y a *scoliose homologue*, le contraire se produisant dans la généralité des cas. Cette exception à la règle n'est pas une chose indifférente : elle est le fait d'un élément morbide surajouté qui peut modifier le tableau général de la maladie, le *spasme*. Aussi M. Brissaud donne-t-il à cette forme la dénomination de *sciatique spasmodique*.

Ayant eu l'occasion d'observer deux malades atteints de cette affection dans son service, à l'hôpital Saint-Antoine, il nous a semblé que leur observation pouvait avoir quelque intérêt.

Observation I (recueillie par M. Delamare, externe du service). — *Sciatique spasmodique à rechutes fréquentes. — Inclinaison du rachis du côté malade. — Raccourcissement du membre inférieur et élargissement de la fesse dus à l'ascension et à la rotulation du bassin. — Névralgies multiples avec points douloureux rachidiens.*

Le nommé Lepel... (Eugène), âgé de 28 ans, teinturier, entre le 12 juin 1890 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brissaud, pavillon Littré, nº 4. — Son père, mort d'accident, ne présentait aucune tare morbide. Sa mère, morte de la rupture d'un anévrysme, avait souvent des névralgies dans la tête. Parmi les antécédents du malade, nous relevons une fluxion de poitrine à l'âge de 10 ans et une fièvre typhoïde qui le tint malade pendant sept semaines à l'âge de 14 ans.

En 1881 il faisait son service militaire en Afrique, lorsqu'il contracta les fièvres à Sfax. Il eut une seconde attaque à Formose en 1884 ; depuis cette époque, rentré en France, il a environ tous les deux mois des accès de fièvre qui durent trois ou quatre jours. Le dernier accès aurait eu lieu il y a environ quatre semaines. L... est, en outre, rhumatisant ; en 1882, c'est-à-dire à l'âge de 20 ans, il eut une violente attaque de rhumatisme articulaire qui s'empara de toutes les jointures, et nécessita un séjour de trois mois à l'hôpital de Sfax. Six mois plus tard, légère arthrite du genou gauche.

C'est à la fin de 1882 (22 ans), qu'il ressentit les premières atteintes de la sciatique. Il eut des crampes et des fourmillements dans la jambe gauche ; puis cette jambe *devint raide* et les moindres mouvements provoquèrent des élancements très douloureux. Cette attaque dura trois semaines et céda à des pointes de feu et à des frictions.

En 1884, au Tonkin, seconde attaque de sciatique à la suite d'un accès de fièvre intermittente (celle-ci dura deux mois et demi). Il eut durant sa maladie deux ou trois accès de fièvre qui occasionnèrent chaque fois une recrudescence des douleurs sciatiques avec de violentes névralgies frontales et occipitales.

En 1886 (avril), après une traversée fatigante — son régiment venait d'arriver à Constantine — il eut une troisième attaque de sciatique beaucoup plus violente que les deux précédentes, et qui dura beaucoup plus longtemps. Pour la première fois, il remarqua que sa jambe s'était *raccourcie* et qu'elle avait pris l'attitude qu'elle présente aujourd'hui.

Quatrième crise en 1888 (février).

Les douleurs ne s'étaient pas calmées entièrement, du reste, depuis sa sortie de l'hôpital de Constantine. Cette fois, il eut de l'anesthésie complète du membre inférieur gauche. On pratiqua l'élongation du nerf sciatique au-dessus du creux poplité ; et six semaines après l'opération la sensibilité avait reparu, et il pouvait reprendre l'usage de son membre malade.

Néanmoins, en octobre 1888, il est réformé et renvoyé en France. Les douleurs avaient disparu ; mais il restait de la faiblesse et une atrophie du membre (qui existait, d'ailleurs, depuis la troisième attaque). En marchant, il ne pouvait appuyer à terre la pointe du pied. Il y a un an, c'est-à-dire au mois de janvier 1890, la sciatique reparut une sixième fois avec moins d'intensité, et nécessita un séjour de trois semaines à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Après quoi il revint à Paris reprendre son métier de teinturier.

Cette fois-ci, la sciatique, qui en est à sa septième rechute, a débuté il y a seulement quatre jours. Le dimanche, 8 juin, le malade avait fait environ dix kilomètres à pied. Le lendemain, en montant un escalier, il fut pris soudain d'une douleur très vive dans les lombes du côté gauche. Il tourna sur lui-même, tomba, et quand on le releva sa jambe était raide et raccourcie comme aujourd'hui.

Examen du malade à son entrée :

Il ne peut pas s'étendre dans son lit et, fait particulier, la seule position tolérable pour lui est celle que les malades atteints de sciatique douloureuse cherchent le plus à éviter. Il est presque assis, soutenu par plusieurs oreillers, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin et les jambes dans l'extension complète. De plus, le pied gauche est dans la flexion forcée et forme un angle aigu avec la jambe. Il y a une rigidité assez marquée de tous les muscles du membre inférieur, surtout des extenseurs du pied sur la jambe. Amaigrissement visible du membre ; la mesure des circonférences donne :

Cuisse droite (à 4 travers de doigt au-dessus de la rotule) . . .	33 cm., 5
Cuisse gauche.	31 cm., 5
Jambe droite (partie moyenne). . .	31 cm.
Jambe gauche.	30 cm.

Il existe en outre un *raccourcissement apparent* très marqué du côté gauche. La longueur mesurée de la symphyse pubienne à la malléole interne est de 71 centim.; du côté droit, 77 centim.

Le réflexe rotulien, très exagéré à droite, est impossible à rechercher à gauche à cause de la douleur qui entraîne la rigidité des muscles.

Les points douloureux existent au grand complet, non seulement dans la zone du sciatique, mais dans celle du plexus lombaire et sur le rachis. Les apophyses épineuses sont douloureuses à la pression depuis la 8e dorsale jusqu'au coccyx. On réveille de vives douleurs en passant sur la crête iliaque, derrière le trochanter, tout le long du trajet du sciatique à la cuisse, tout le long du péroné, sur la malléole interne, à la plante et sur le dos du pied. Si l'on comprime le nerf au-dessus du creux poplité, au niveau du point élongé, on produit une irradiation douloureuse dans toute la jambe. Le pli de l'aine et l'intervalle costo-iliaque sont également douloureux.

Le malade au repos ressent une douleur sourde, continuelle, avec élancements passagers sur le trajet du nerf. Ces élancements s'accompagnent de *crampes* pendant lesquelles tout le membre se raidit. Parfois la jambe est agitée de deux ou trois *secousses convulsives*, comme si on l'électrisait ; ces secousses sont très pénibles. Elles sont parfois provoquées par des mouvements imprimés au lit.

Les troubles de sensibilité cutanée sont très prononcés. Elle est très diminuée sous tous ses modes à la jambe. Les régions les plus douloureuses, c'est-à-dire les points énumérés ci-dessus, sont les plus insensibles ; l'anesthésie est presque complète à la plante du pied. Le malade a parfois des sensations d'eau froide coulant sur sa jambe gauche constamment plus froide que l'autre, surtout au pied.

Il descend de son lit avec de grandes précautions, tenant toujours son membre inférieur gauche étendu au-devant de lui. Examiné debout, il fait porter le poids du corps entier sur la jambe droite. Le pied gauche fléchi sur la jambe pend à quelques centimètres au-dessus du sol. Il est absolument impossible au malade de le poser à terre sans incliner forte-

(1) Brissaud. Des scolioses dans les névralgies sciatiques. *Arch. de Neurologie*, Janvier 1890.

ment le tronc du côté gauche ; mais alors la douleur est tellement vive qu'il tomberait infailliblement, si on ne le soutenait. La marche est absolument impossible et c'est seulement en s'aidant de deux béquilles qu'il peut rester debout quelques instants. Dans cette situation, on peut constater que la ligne des apophyses épineuses décrit une courbure en S, concave à gauche inférieurement, concave à droite dans la région cervico-dorsale. La hauteur du flanc gauche est très diminuée et la crête iliaque est plus haute de ce côté. La peau forme des plis transversaux en ce point. De plus, il existe un *élargissement apparent* de la fesse du même côté, ainsi que du flanc, comme on peut s'en assurer par la figure ci-jointe,

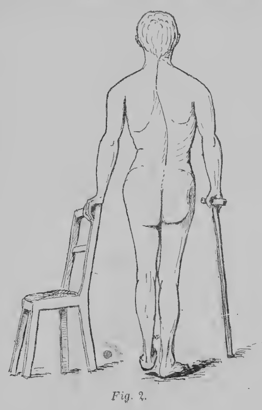


Fig. 2.

bien que le malade soit placé exactement dans la situation transversale, et que les deux oreilles soient également visibles. Cet élargissement considérable de la région fessière avec saillie du trochanter qui est reporté en arrière est tel qu'on a pu croire un instant à une tumeur trochantérienne. Le pli fessier gauche est effacé et un peu abaissé. Malgré la courbure de compensation supérieure, l'épaule gauche est abaissée et la main du même côté descend plus bas.

Ajoutons que l'état général du malade est satisfaisant, que les viscères sont sains, sauf la rate qui est encore grosse et douloureuse à la pression.

21 *juin.* — Même état : vives douleurs dans le triangle de Scarpa. Le grand oblique de l'abdomen est tendu et douloureux du côté gauche jusqu'à son bord interne ; mais le rachis est maintenant douloureux depuis la 2e vertèbre dorsale. La fosse sous-épineuse gauche est sensible à la pression : certains mouvements de l'épaule sont pénibles et le malade souffre dans le trajet du circonflexe et du nerf cubital jusqu'au coude.

23 *juin.* — Les douleurs se sont amendées dans le membre inférieur ; mais le membre supérieur est envahi par les névralgies. Le malade souffre dans les régions sus et sous-épineuses ; il indique aussi comme trajet douloureux les branches sus-acromiales et sus-claviculaires du plexus cervical et du circonflexe. Le cubital, dans toute son étendue, est maintenant le siège de douleurs lancinantes qui aboutissent à l'apophyse styloïde et aux trois derniers doigts. La sensibilité est émoussée dans ces trois doigts et dans la partie correspondante du dos de la main jusqu'à l'apophyse styloïde du cubitus.

1er *Juillet.* — Les douleurs ont disparu dans le membre supérieur. la sensibilité est revenue. Le trajet de sciatique est toujours douloureux, mais beaucoup moins, et le raccourcissement n'est plus que de 3 centimètres au lieu de 6. La jambe est moins raide et la flexion commence à être possible. Néanmoins le malade ne peut mettre le pied à terre. Les apophyses épineuses sont encore douloureuses à la pression à partir de la 4e dorsale.

5 *Juillet.* — Sous l'influence d'un abaissement de la température atmosphérique, le malade a ressenti de nouveaux élancements dans la jambe, avec des secousses qu'il compare à des décharges électriques. En outre, depuis deux jours, il souffre de névralgie faciale à gauche. Les points sus et sous-orbitaires, mentonniers sont douloureux à la pression, ainsi que le globe de l'œil. La sensibilité est fortement émoussée dans toute la moitié gauche de la face, principalement vers les points douloureux et à l'intérieur des fosses nasales. La sensibilité de la langue est intacte, et il n'y a pas d'altération du goût.

7 *Juillet.* — Les douleurs céphaliques persistent ; le malade se plaint de violents élancements dans la tête. L'odorat est complètement aboli du côté gauche, et l'ouïe est très affaiblie. Le rachis est douloureux sur toute sa longueur.

12 *Juillet.* — Amélioration considérable du côté de la face et du membre inférieur, les douleurs sont beaucoup moins vives, la sensibilité est presque tout à fait revenue. La colonne vertébrale est maintenant presque droite, le raccourcissement à peu près nul et la marche est possible avec une canne.

17 *Juillet.* — Le malade quitte l'hôpital absolument guéri, sans douleur, sans déformation aucune, marchant avec ses deux jambes sans boiter. Il ne lui reste que son amaigrissement de la cuisse gauche.

Ajoutons que le malade n'a retiré de profit, au point de vue de son traitement, que des antispasmodiques, du valérianate d'ammoniaque en particulier. Depuis le mois de juillet, il est rentré encore une fois dans le service, pour sa huitième attaque de sciatique, avec la même déformation et le même racourcissement, et sorti guéri au bout d'une quinzaine de jours.

Il est certain que cette sciatique, compliquée de névralgie cervico-brachiale, puis de névralgie faciale et accompagnée de troubles très évidents de la sensibilité, différait singulièrement de la sciatique ordinaire. D'autre part, l'attitude du sujet, provoquée par le spasme douloureux, rappelait, nous l'avons dit, celle de la coxalgie. Il s'agissait donc peut être d'une coxalgie hystérique. L'hypothèse, après tout, était d'autant plus vraisemblable que le spasme était survenu après un traumatisme. Toutefois, en dehors des phénomènes d'hypo-esthésie consignés dans l'observation, il n'existait pas de stigmates d'hystérie. Peu importe d'ailleurs que l'hystérie fut ou ne fut point en cause, puisque le fait important et essentiel résidait dans une localisation douloureuse avec contracture et spasmes convulsifs répartis sur tout le territoire de distribution du grand nerf sciatique.

OBSERVATION II. — *Sciatique spasmodique avec inclinaison homologue du rachis, raccourcissement apparent du membre et élargissement apparent de la fesse.*

Le nommé Verr... (Louis), âgé de 35 ans, journalier, entre le 11 octobre 1890 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Brissaud, salle Littré, no 15. Il présente des antécédents arthritiques du côté paternel. Son père, âgé de 71 ans, est affecté tous les hivers d'un rhumatisme scapulaire très rebelle. Sa mère est morte à l'âge de 32 ans, à la suite d'épistaxis répétées, dont la cause reste indéterminée. Il a perdu un frère en bas âge, et il lui reste deux sœurs bien portantes, n'ayant jamais présenté ni rhumatismes, ni maladies nerveuses.

Le malade lui-même a eu des convulsions fréquentes jusqu'à l'âge de deux ans. Ayant contracté la coqueluche vers cette époque, il serait resté, dit-il au cours de cette maladie, comme

mort pendant 24 heures. A partir de deux ans, il n'a plus présenté d'accidents nerveux; mais vers l'âge de cinq ans il a souffert du membre inférieur gauche. Des douleurs sont survenues dans la hanche et dans le genou; la marche est devenue difficile, et il s'est mis à boiter. Ses parents le conduisirent à l'hôpital de Lyon; il y fit un séjour d'un mois et demi, et fut traité par la gouttière, puis par des douches de vapeur. La guérison fut complète, dit-il; le membre n'était pas amaigri, et il put marcher comme auparavant. — Rien à signaler dans la seconde enfance et l'adolescence sinon une fièvre muqueuse. Jamais de maladies vénériennes. Il a fait quatre ans de service militaire; puis en 1879 il est entré dans une fabrique de minium où il contracta au bout de sept mois des coliques de plomb, ce qui le décida à quitter le métier définitivement.

En 1883, parti au Tonkin comme employé de l'Etat, il y contracte la dysenterie et les fièvres intermittentes. Pendant quinze jours, il eut un accès quotidien toutes les après-midi. En rentrant en France, il fit une rechute pendant la traversée et fut soigné à Paris, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mesnet, pendant 48 jours. Sa rate était alors énorme et descendait, dit-il, jusque dans la fosse iliaque. Sorti guéri, il a fait, de nouveau, un séjour de 18 mois au Tonkin, sans avoir de fièvres.

C'est en 1889, au mois de mars, que débuta la maladie actuelle. Rentré en France, il travaillait alors à Paris, dans les égouts, et se trouvait souvent exposé au froid. Il ressentit d'abord de la *raideur* dans tout le membre inférieur gauche. « Sa jambe *ne voulait pas bien ployer,* dit-il. » En même temps survinrent des fourmillements et des élancements, à partir du bas des reins jusqu'au pied, ainsi que dans le pli de l'aine. Une faiblesse croissante se manifesta; et par moments, dit-il, *sa jambe se mettait à danser toute seule*, surtout quand il était au repos dans le lit. Peu à peu, il s'est mis à boiter et la jambe s'est raccourcie.

Soigné à Saint-Antoine, dans le service de M. Raymond, il fut traité par le siphon et les ventouses scarifiées et il sortit au bout de six semaines amélioré, mais boitant toujours. Depuis cette époque, il a toujours souffert, mais jamais très vivement; la marche a toujours été possible, quoique par moments très difficile; car les douleurs s'exaspéraient aux changements de temps. Il y a un mois seulement que le malade s'est aperçu que sa cuisse maigrissait. L'affaiblissement croissant le força à quitter son travail de nouveau pour entrer à l'hôpital.

Examiné le 11 octobre 1890, le malade présente un amaigrissement considérable de la cuisse gauche *dans son ensemble.* Il y a 7 centimètres de différence dans la circonférence des deux membres.

Cuisse droite (à 15 cm. au-dessus du bord supérieur de la rotule) . .	41 cm. 5
Cuisse gauche.	34 cm. 5

Pas d'atrophie de la jambe : 28 cm. de circonférence à gauche comme à droite.

Les douleurs existent encore, modérées à la pression sur les principaux points du sciatique : derrière le trochanter, tout le long de la face postérieure de la cuisse, dans la masse musculaire du mollet. On note encore l'existence de points douloureux sur la crête iliaque, dans le flanc gauche et au niveau du triangle de Scarpa. Le mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse (signe de Lasègue) provoque une douleur modérée. Le malade ressent encore spontanément quelques fourmillements dans le mollet; mais il ne souffre pour ainsi dire pas au repos.

Il n'existe pas de raideur permanente des muscles; mais le malade raconte que son membre est encore parfois pris de trépidation soudaine. Les réflexes rotuliens sont très exaltés des deux côtés. Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Raccourcissement apparent du membre inférieur gauche qui, mesuré de la symphyse du pubis à la malléole interne, présente 2 cm. 1/2 de moins que celui du côté opposé.

L'examen électrique des muscles ne montre qu'un léger affaiblissement de l'excitabilité faradique du côté gauche, principalement dans le triceps. Il n'y a pas de modification dans l'excitabilité galvanique, pas de différence avec le côté opposé : la contraction se fait brusquement, en éclair, et la formule de réaction normale n'est pas intervertie.

Si l'on fait mettre le malade debout et qu'on l'examine de dos et à nu, on est frappé d'abord de l'*élargissement apparent* de la fesse du côté gauche. Le grand trochanter est légèrement porté en dehors; et le mouvement de rotation en dedans est assez pénible et difficile à exécuter. Les autres mouvements du membre se font d'ailleurs très librement. En outre, la saillie trochantérienne est reportée en arrière et il y a aussi une légère *rotation du bassin,* dans ce sens, qui rend bien compte de l'élargissement de la région. Ajoutons que la région fessière, dans son ensemble, est atrophiée; que la dépression rétro-trochantérienne est très marquée et que le pli fessier est presque effacé.



Fig. 3.

Le crête iliaque gauche est un peu plus élevée que celle du côté opposé; mais malgré son raccourcissement apparent, le malade peut se tenir sur les deux jambes, et même sur la jambe gauche seule sans éprouver de douleur. Si on lui fait porter le poids du corps sur la jambe droite, attitude qu'il avait dans les premiers temps de sa maladie et qu'il prend encore spontanément, on voit que le talon du côté gauche ne touche pas le sol. On constate alors l'existence d'une légère *courbure rachidienne dorso-lombaire* dont la concavité regarde *à gauche :* la hauteur du flanc de ce côté est plus petite d'un travers de doigt que celle du côté opposé. Dans la région cervico-dorsale du rachis existe une courbure de compensation assez marquée. Les épaules sont à peu près à la même hauteur.

La marche s'effectue très bien, même sans canne; elle est seulement fatigante à la longue. C'est pendant la marche surtout que l'on voit apparaître nettement et le raccourcissement du membre gauche qui occasionne une boiterie très marquée et la scoliose qui s'exagère chaque fois que le pied gauche est détaché du sol.

Traitement : Electricité, massage de la cuisse, hydrothérapie.

21 *novembre* 1890. — Amélioration. La cuisse gauche a gagné un centimètre de circonférence : la marche se fait mieux. Mais le malade boite toujours. La déviation rachidienne persiste ainsi que l'élargissement apparent de la fesse.

Les deux observations qui précèdent offrent quelques particularités dignes de remarque. L'existence du spasme est pour ainsi dire annoncée dès le début par ce fait que nos deux malades ont senti leur membre inférieur *se raidir* dès les premiers signes du mal. Dans un cas, le début eut lieu avec une violence inusitée (Obs. I) : le malade ressent une vive douleur dans le flanc, il tombe et, quand on le relève, son membre inférieur est étendu dans la rigidité. Plus tard, de la trépidation, des secousses sont apparues. La contracture, poussée très loin chez notre premier malade, avait à peu près disparu chez le second quand nous l'avons observé ; mais elle se montrait encore par instants. Valleix (1), dans son traité des *Névralgies*, a rapporté le fait d'un malade atteint de sciatique, dont le membre inférieur était pris par moments de trépidations violentes, que l'auteur attribue à la « grande intensité » de la maladie.

L'attitude, chez nos malades, offrait ceci de particulier, que tous deux présentaient un *raccourcissement apparent* du membre inférieur (allant jusqu'à 6 centimètres dans l'Observ. I), et un *élargissement apparent de la fesse* dont on peut se rendre compte par les dessins ci-joints.

M. Brissaud relate dans son mémoire un cas de sciatique spasmodique avec *allongement apparent* du membre ; mais il fait remarquer que l'attitude est loin d'être constante dans les faits de ce genre, et qu'elle dépend de la manière dont le spasme est distribué dans les muscles. Le même auteur fait remarquer que la sciatique est le plus souvent une névralgie du plexus lombo-sacré. Le fait est vrai pour nos deux malades qui ont présenté des points douloureux sur le trajet du nerf crural, dans la région du flanc, et même, pour l'un d'eux, au niveau du grand oblique de l'abdomen qui était tendu et douloureux jusqu'à son bord interne. Or, dans les deux cas, l'ascension du bassin sous l'influence de la régidité spasmodique des muscles qui peuvent agir sur lui (carré lombaire, obliques de l'abdomen même, animés par le plexus lombaire), peut seule nous rendre compte du raccourcissement observé, puisque ce raccourcissement, considérable dans le premier cas, a disparu avec la guérison, et qu'il a diminué beaucoup dans le second, aujourd'hui que le malade va beaucoup mieux. Le spasme occupait, d'autre part, les muscles tributaires du plexus sucré chez le malade Lepel... dont la jambe était étendue et le pied fléchi à angle aigu sur elle.

Quant à l'élargissement apparent de la fesse, il ne peut s'expliquer que par la rotation du bassin portant en arrière la région trochantérienne du côté malade. La rotation seule du grand trochanter est incapable de modifier les dimensions en largeur de la fesse au point où nous l'avons observé (voir les figures ci-dessus). D'ailleurs elle avait lieu en dedans dans notre première observation tandis que le pied était tourné en dehors dans la seconde. Ces différences tiennent nécessairement encore à la localisation du spasme qui, dans le premier cas, portait sur la masse puissante des rotateurs en dehors (fessiers, obturateur interne, pyramidal, etc.), alors que dans le second il affectait les faisceaux antérieurs du petit et du moyen fessiers (rotateurs en dedans).

Ajoutons, à ce propos, que la raison de ces localisations variées semble devoir être cherchée plus haut encore qu'au niveau du plexus lombo-sacré, si l'on veut bien tenir compte des points douloureux rachidiens si nettement indiqués chez notre 1er malade, et qui semblent en rapport avec l'origine spinale de la maladie. Il s'agit là d'un fait sur lequel Trousseau a insisté dans ses leçons sur les névralgies en général (1) et que M. Féré a signalé récemment à propos du zona intercostal (2).

Le malade dont il vient d'être question a présenté pendant son séjour à l'hôpital des déterminations névralgiques multiples accompagnées chaque fois d'anesthésie douloureuse dans la région correspondante, du côté du bras d'abord, puis de la face ; et chaque fois les douleurs rachidiennes ont suivi une marche parallèle, au point que, lors de l'apparition de la névralgie faciale, les apophyses épineuses étaient douloureuses à la pression sur toute la longueur du rachis.

Nous ne saurions dire, d'après un aussi petit nombre de faits, si la sciatique spasmodique a une nature différente de la sciatique vulgaire. Mais nous signalerons les *récidives* fréquentes présentées par notre premier malade qui eut huit attaques en l'espace de huit années. Par une coïncidence assez singulière, nos deux malades avaient leur sciatique du côté gauche ; il en est de même dans l'observation rapportée *in extenso* dans le mémoire de M. Brissaud, ainsi que chez un malade que nous avons pu voir dernièrement dans le service de M. le professeur Hayem (3) et qui offrait une ressemblance parfaite avec eux dont nous venons de rapporter l'histoire.

(1) Valleix. — Traité des *Névralgies*, page 532.

(1) L'observation de ce malade a été présentée par notre collègue Lebon à la *Société clinique* (23 novembre 1890).
(2) *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, T. II, p. 401.
(3) *Revue de Médecine*, 1890.

Les infirmières dans l'armée des Indes. — On vient d'organiser un service d'infirmières militaires dans les hôpitaux militaires des Indes. Ces infirmières sont recrutées parmi des femmes qui ont fait un stage de un an dans un hôpital de la métropole et auront reçu une éducation médicale et chirurgicale. Les quatre sections d'infirmières seront réparties entre les subdivisions militaires de Meerut, Bangolore, Rawal-Pindi et Poona. (*Revue générale de clinique* et *de thérapeutique*, janvier 1891). — Il en sera de même en France, quand on voudra se préoccuper partout de l'enseignement professionnel des infirmières.

Policlinique de Paris. — La Policlinique de Paris vient de recevoir du Conseil municipal une subvention de 1,500 fr.

Récompenses. — M. le docteur Lamarque, médecin sanitaire commissionné à bord du paquebord *Le Sidney*, des Messageries maritimes, vient de recevoir une médaille de bronze, par arrêté ministériel : « A prodigué des soins à un passager atteint de choléra, dans la traversée de Shanghai à Marseille, et a empêché la propagation de la maladie par des mesures d'isolement et de désinfection. »

Sept asphyxiés dans un hôpital. — Une dépêche de Montdidier, en date du 5 janvier, annonce qu'un épouvantable accident vient de se produire à l'hospice de Moreuil. Sept vieilles femmes couchaient dans le même dortoir, chauffé à l'aide d'un poêle-calorifère. Avant-hier matin, quand la sœur entra dans le dortoir, trois pensionnaires étaient mortes asphyxiées : la veuve Grenot, âgée de quatre-vingt-six ans ; la veuve Caillouet, quatre-vingt-un an et la femme Bodéco, quatre-vingt-sept ans. Les autres pensionnaires n'ont dû la vie qu'aux soins énergiques qui leurs furent prodigués. La clef du poêle était restée fermée toute la nuit. (*La Cité*, 8 janvier 1891).

Vaccin animal. — Le préfet de la Seine avait récemment demandé l'avis du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine sur la substitution du vaccin animal à celui de la pustule de l'homme et sur les résultats obtenus par l'emploi du vaccin de génisse. M. le Dr Lancereaux, chargé du rapport sur cette question, en a donné lecture au conseil d'hygiène. La méthode de vaccin animale lui paraît devoir être désormais la seule à recommander pour les services publics (mairies, bureaux de Bienfaisance, etc., etc.).

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. SEVESTRE.**

La Rougeole à l'Hospice des Enfants-Assistés.

(Fin).

Leçon recueillie par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux.

Je passe rapidement, Messieurs, sur quelques autres complications, telles que la bronchite capillaire, la laryngite, qui peut être assez intense pour nécessiter la trachéotomie, le coryza, etc. Ces complications présentent dans quelques cas une certaine gravité, mais elles ne sont en somme que l'exagération d'une localisation habituelle de la maladie, et s'observent chez les malades traités en ville tout aussi bien que dans les hôpitaux.

Au contraire, les *gangrènes*, presque inconnues dans la clientèle civile, se présentaient souvent autrefois dans les hôpitaux d'enfants. En 1844, Guersant et Blache signalaient cette complication comme presque endémique, et, en 1852, Rilliet et Barthez la disaient très fréquente dans les hôpitaux, alors que dans une épidémie, à Genève, on n'en avait observé qu'un cas sur plus de 4,000 malades.

Depuis lors, les choses ont bien changé à cet égard. Déjà en 1872, dans une *thèse sur la gangrène morbilleuse*, le docteur Sostrat déclarait qu'on pouvait passer une année entière dans un service d'hôpital sans la rencontrer. Pourtant, l'hospice des Enfants-Assistés faisait encore une malheureuse exception, et, en 1873, M. Oyon disait que la gangrène était extrêmement fréquente, même dans les rougeoles simples. Aujourd'hui, dans cet hospice comme partout ailleurs, la gangrène ne se voit plus que d'une façon absolument exceptionnelle.

Je ne saurais malheureusement en dire autant de la *diphtérie* qui, jusqu'à ces derniers temps, a contribué, dans une proportion très sensible, à accroître la mortalité de la rougeole. Les muqueuses des voies respiratoires sont, par le fait de la rougeole, dénudées de leur épithélium et, dans ces conditions, il est tout naturel que le bacille de Lœffler, trouvant un terrain favorable, se développe avec facilité. La diphtérie consécutive à la rougeole affecte plus spécialement les bronches ou le larynx, d'autres fois la muqueuse des fosses nasales, plus rarement la muqueuse du pharynx ou de la bouche, mais en tout cas elle se caractérise par une évolution rapide, souvent foudroyante, et une terminaison presque constamment fatale. Elle peut envahir aussi les conjonctives, mais alors ne comporte pas en général un pronostic aussi grave, et ne compromet guère que la vision.

A côté de la diphtérie buccale, je dois vous signaler aussi une forme spéciale de stomatite que j'ai assez fréquemment observée dans cet hospice, et que l'on pourrait appeler *stomatite exsudative* [illegible], ou *diphtéroïde* (1); elle affecte spécialement les lèvres, surtout la lèvre inférieure, et se caractérise par des plaques blanchâtres, humides, et des ulcérations qui saignent facilement et se recouvrent de croûtes; mais jamais il ne se forme de véritables fausses membranes.

(1) Julien. — *Thèse de Paris*, 1886.

Il s'agit là, à n'en pas douter, d'une infection secondaire; la gravité de cette complication résulte surtout de la gêne qu'elle apporte à l'alimentation et de l'affaiblissement qui peut en être la conséquence.

La *diarrhée* peut se présenter sous deux formes différentes : tantôt elle se manifeste dès le début, avant l'éruption, plus particulièrement chez de tout jeunes enfants, mais disparaît en général assez rapidement; tantôt elle ne se montre qu'après l'éruption ou succède à la première forme, et présente alors une certaine gravité; tandis que la première forme me paraît être le symptôme d'un catarrhe intestinal en rapport direct avec la rougeole, la seconde doit être plus probablement rattachée à une infection secondaire.

Je ne m'arrête pas, Messieurs, à certaines causes de gravité qui tiennent à la nature même de la maladie, à l'*intensité de la virulence*. Les formes malignes, ataxo-adynamiques, hémorragiques ne sont pas plus fréquentes dans les hôpitaux que dans la clientèle civile, et ne présentent aucune particularité qui se rapporte à notre sujet.

Occupons-nous maintenant de certaines conditions spéciales à l'hospice des Enfants-Assistés, et que signale M. Oyon. Il faut d'abord remarquer qu'il existe dans cet hospice un bon nombre de jeunes enfants; or, vous avez vu dans les statistiques que je vous ai rapportées au début de cette conférence, que tous les auteurs insistent sur la gravité de la rougeole dans le *jeune âge*. J'ai constaté cependant que chez les nourrissons, la maladie restait généralement assez légère et relativement bénigne, tandis que la mortalité est très forte chez les enfants de 1 à 2 ans, et encore assez grande jusqu'à 3 ans.

Les enfants qui forment la clientèle de cet hospice ont, en général, et plus encore que ceux des hôpitaux, souffert de la *misère* et du manque de soins. Cela est presque toujours vrai pour les enfants du « Dépôt » qui, par le fait de la maladie de leur mère, se trouvaient à peu près livrés à eux-mêmes ou confiés à des voisines depuis un temps plus ou moins long; cela est encore bien plus facile à comprendre pour les enfants abandonnés. Les uns et les autres sont, le plus souvent, au moment de leur arrivée, dans un état de malpropreté qui n'est certes pas favorable à l'évolution normale de la rougeole. Ajoutons que dans un bon nombre de cas d'ailleurs, ces enfants sont déjà atteints de *rachitisme*, de scrofule, ou même de tuberculose.

M. Oyon attache une grande importance aux modifications qu'apporte dans l'existence de ces enfants l'*internement* auquel ils sont soumis : il pense qu'en quittant une existence indépendante et vagabonde, qui serait pour eux une condition essentielle de santé, ils ont peine à s'habituer à une vie sédentaire et régulière; il croit que l'ennui qu'ils ressentent à l'hospice, le chagrin qu'ils éprouvent d'être séparés de leur mère, est pour eux une cause de dépression très puissante. Pour mon compte, j'avoue que je trouve ces préoccupations bien exagérées, et je crois qu'il n'y a guère lieu d'en tenir compte pour le plus grand nombre des cas.

Il n'en est pas de même d'une autre condition défavorable sur laquelle M. Oyon insistait avec beaucoup de raison; je veux parler de l'*encombrement*, de l'agglomération des enfants dans une salle mal aérée, où les malades « ruminent l'air expiré » (Axenfeld), et « se repassent leurs complications » (Bard); mais il ne faut pas pour cela conclure, ainsi que l'a fait M. Oyon, que

les malades atteints de rougeole doivent être disséminés dans les salles communes. L'isolement bien fait, dans des salles convenablement aménagées, et combiné d'ailleurs avec l'antisepsie, donne en effet des résultats tout différents, ainsi que le montre la statistique du service actuel de la rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés.

J'en ai fini, Messieurs, avec l'examen des causes qui permettent d'expliquer la gravité spéciale, je pourrais dire légendaire, que présentait la rougeole à l'hospice des Enfants-Assistés, et vous avez pu voir que ces causes se rattachent à deux ordres de faits. En premier lieu, les enfants qui nous arrivent sont souvent entachés d'un vice diathésique, ils sont en tout cas plus ou moins misérables et offrent par conséquent moins de résistance à toutes les maladies qui peuvent les atteindre; ils forment, comme on l'a dit, une population spéciale. Cela est vrai jusqu'à un certain point, mais il ne faut pas cependant exagérer l'importance de ces mauvaises conditions; car ces conditions sont aujourd'hui les mêmes qu'il y a vingt ans et cependant la gravité de la rougeole a notablement diminué. En fait, *la gravité de la rougeole résultait surtout des complications engendrées par les infections secondaires*; c'est en restreignant le rôle de ces infections secondaires que nous avons réussi à diminuer la mortalité dans des proportions vraiment appréciables; c'est à restreindre plus encore cette influence que doivent tendre tous nos efforts dans l'avenir. Examinons donc rapidement ce qui se fait maintenant, et recherchons si l'on ne pourrait faire mieux encore.

Les enfants admis au *Dépôt* sont, autant que possible le jour même de leur entrée, ou au plus tard le lendemain, envoyés au bain, et ils endossent ensuite des vêtements propres appartenant à l'hospice, pendant que leurs vêtements personnels sont désinfectés à l'étuve; en outre, chaque semaine, pendant leur séjour à l'hospice, ils sont de nouveau conduits au bain.

Les enfants de 2 à 5 ans sont admis au lazaret où ils restent (divisés en quatre séries) pendant une quinzaine de jours; ils sont ensuite conduits à l'asile de Thiais. Malheureusement, l'insuffisance du lazaret oblige trop souvent à envoyer directement à Thiais les nouveaux arrivants. C'est de la sorte que pénètrent par surprise dans cet asile des enfants en incubation de rougeole. Par suite aussi de cette insuffisance du lazaret, les enfants au-dessus de 5 ans entrent directement dans les Divisions. Un lazaret convenablement installé permettrait seul d'empêcher les contaminations; espérons que, dans un avenir assez rapproché, M. le Directeur de l'Assistance publique pourra obtenir cette création si importante.

Il va sans dire que, soit au lazaret, soit dans les divisions, nous appliquons autant que possible l'isolement des douteux et des suspects dont je vous ai déjà entretenus longuement.

Lorsqu'un enfant a la rougeole, il est de suite envoyé au pavillon d'isolement, et l'on procède à la désinfection du lit qu'il occupait et des objets qui lui ont servi. Les pavillons d'isolement pour la rougeole sont, comme vous le savez, au nombre de deux. Lorsqu'il y a beaucoup de malades, nous sommes obligés d'en mettre à la fois dans les deux pavillons; mais autant que la chose est possible, nous cherchons à n'en occuper qu'un seul à la fois, de façon à pouvoir au moins pendant quelques jours nettoyer et ventiler largement le second. J'attache une grande importance à ce changement fréquent des salles, et j'y tiens surtout lorsque la salle occupée a présenté des cas de diphtérie ou de broncho-pneumonie. Sans doute l'isolement individuel, ainsi que l'a proposé M. Richard (1), serait préférable; mais c'est là une méthode que nous ne pouvons songer à appliquer dans nos hôpitaux d'enfants.

L'isolement, tel que nous pouvons le pratiquer ici, n'est sans doute pas parfait, mais il paraît cependant exempt des inconvénients que présente, à l'hôpital des Enfants-Malades, par exemple, l'*entassement* des malades dans des salles aussi mal aménagées que possible.

Dans ces pavillons d'isolement, nous appliquons du reste toutes les pratiques de l'antisepsie. Plusieurs fois par jour, et avec les précautions convenables pour empêcher les refroidissements, les salles sont aérées; on veille à la propreté minutieuse du linge, et l'on soumet les malades soit aux bains, soit aux lotions antiseptiques. Les parties génitales sont, sous ce rapport, l'objet de soins spéciaux, ainsi que les yeux et la bouche; l'antisepsie intestinale n'est pas négligée non plus.

Enfin, lorsque le malade est guéri, il prend, avant de quitter le pavillon, un bain de sublimé et revêt des vêtements propres.

C'est à l'application de ces mesures qu'est due, j'en suis persuadé, la diminution de mortalité de la rougeole. Sans doute, les résultats ne sont pas encore aussi satisfaisants qu'ils pourraient être; mais, si nous constatons quelques imperfections, il ne faut pas, Messieurs, en accuser la méthode elle-même, il faut se dire qu'il y a eu dans l'application de cette méthode quelques lacunes involontaires, mais qui, j'en ai l'espoir, deviendront de plus en plus rares.

En résumé, Messieurs, l'isolement et l'antisepsie doivent intervenir à la fois dans la prophylaxie de la rougeole; efforcez-vous d'appliquer ces deux méthodes avec toute la rigueur désirable, et vous arriverez ainsi non seulement à diminuer la fréquence des cas de rougeole, mais aussi et plus sûrement peut-être à en atténuer la gravité.

Ici se terminent, Messieurs, les considérations que je voulais vous exposer sur les conditions de propagation et la prophylaxie des maladies contagieuses de l'enfance. J'ai passé successivement en revue la diphtérie, la scarlatine et la rougeole, et je vous ai aussi parlé incidemment de la broncho-pneumonie. Je devrais maintenant, pour être complet, m'occuper de quelques autres maladies fréquentes également dans l'enfance, la coqueluche, la varicelle, les oreillons, etc. Mais nous ne possédons encore sur la pathogénie de ces maladies que des notions très peu précises, et les observations personnelles que j'ai pu faire à ce sujet sont aussi fort incomplètes. Reportez-vous d'ailleurs, pour la prophylaxie de ces maladies, aux indications générales que je vous ai données dans la seconde conférence.

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1889, p. 155.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix.* — *Prix Barbier* : Ce prix n'a pas été donné. Encouragement à M. Janet (300 fr.); à M. Lœwenberg (300 fr.). — *Prix Jeunesse* : MM. Bourgues et Wurtz. — *Prix Lacaze* : MM. Chantemesse et Widal (collaboration).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Cystoscopie.

Dans le dernier numéro, après avoir rapidement esquissé l'historique de la cystocopie, nous avons décrit le cystocope de Leiter. Nous devons dire un mot maintenant du Mégaloscope de Boisseau du Rocher.

M. Boisseau du Rocher a entrepris de construire des appareils permettant l'éclairage de quelques-unes des cavités du corps humain, c'est-à-dire de l'estomac, du rectum, de la vessie. Il a imaginé pour cela des systèmes de lentilles qu'il compare à ceux du microscope composé. Il donne à sa méthode le nom de mégaloscopie et à ses instruments le nom de mégaloscopes, pour indiquer que l'une et les autres ont pour but de montrer en grandeur naturelle *une grande partie* de la surface interne de l'organe examiné. Les détails que nous allons donner sur le mégaloscope vésical sont empruntés à un mémoire publié par l'inventeur dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (février 1890). M. Boisseau du Rocher attribue à Nélaton la première idée de l'endoscopie. Il est possible que Nélaton ait ignoré les tentatives de Bozzini (1807) et de Ségalas (1827). Il est possible également que des tentatives antérieures à celles de Bozzini aient été faites et soient tombées dans l'oubli. Peu importe; en pareille matière, la tentative est peu de chose; la réussite est tout. C'est à Miot et Fonssagrives que M. Boisseau du Rocher attribue les premiers essais de diaphanoscopie, que nous avons vus attribués par Hurry Fenwick à un dentitste de Breslau nommé Bruck. Enfin, M. Boisseau du Rocher, en ce qui concerne ses propres instruments, repousse toute discussion de priorité avec Nitze et Leiter *puisque*, dit-il, *les instruments ne se ressemblent en rien, ni comme instrumentation, ni surtout comme optique, ce qui est capital.*

Dans le fait, si les instruments français donnent tous les résultats annoncés par l'auteur, ils sont bien supérieurs à leurs congénères allemands tant au point de vue du résultat fourni que de la facilité du maniement. Le mégaloscope vésical a été construit sur deux modèles. Nous décrirons d'abord le plus compliqué. Dans cet instrument, la partie optique est mobile; elle est comme un œil placé au bout d'une longue tige et susceptible d'être poussé jusque dans la vessie. Cette disposition existait dans le premier cystoscope électrique de Nitze, qui y a renoncé depuis. Elle paraît cependant présenter certains avantages, notamment celui d'éviter la souillure de la lentille objective, puisqu'on peut n'introduire le système optique que quand le contenu de la vessie est bien clair. Du reste, deux tubes situés à la partie inférieure de la sonde permettent de laver la vessie même pendant l'examen. Le bec de la sonde, qui contient la lanterne et la petite lampe, a le diamètre du n° 21, filière charrière; le corps de la sonde répond au n° 27. Par les tubes qui servent à laver la vessie, on peut si l'on veut introduire de fins cathéters pour le cathétérisme des uretères. La partie optique, dont M. Boisseau du Rocher ne donne pas le détail, est construite d'après le principe du microscope composé. L'oculaire peut être construit pour être au point à une distance même très grande de l'objectif; il en résulte que l'inventeur a pu donner à ses instruments une longueur plus grande que celle des cystoscopes Leiter, qui est un peu insuffisante. La lentille objective est munie d'un prisme qui permet de voir le bas-fond de la vessie sans imprimer à l'instrument des mouvements difficilement supportés par le malade ou capables de faire contracter la vessie.

M. Boisseau du Rocher a fait construire un petit modèle n° 21 un peu moins compliqué que le précédent. Avec le grand modèle, on peut examiner d'un seul coup la moitié de la vessie. Avec le petit modèle, on en voit un tiers à la fois.

C'est là, c'est dans ce vaste champ visuel qu'est le progrès réalisé par le mégaloscope. Avec les cystoscopes Nitze-Leiter, on ne parvient à examiner la vessie qu'en faisant prendre au cystoscope un grand nombre de positions successives; parfois même, il faut se servir de plusieurs sondes ayant la fenêtre par où l'on regarde placée différemment. Il faut ensuite que l'esprit réunisse toutes ces images, les mette à leur place réelle, les combine pour en déduire l'image qu'il percevrait s'il avait toute la vessie sous les yeux. Rien de plus difficile qu'un tel travail; il faut acquérir une véritable virtuosité pour le bien faire. Avec le mégaloscope, nulle difficulté; en deux ou trois mouvements dans la vessie, la muqueuse sera vue tout entière.

Il nous reste à chercher maintenant dans quels cas la cystoscopie pourra rendre le plus de services. Il paraît complètement inutile de l'appliquer indistinctement à tous les cas d'affection vésicale que l'on aura à examiner. Tout d'abord, lorsque l'on arrive sans cystoscope à un diagnostic satisfaisant et paraissant complet, on ne doit pas faire subir au malade une investigation inutile, toujours un peu pénible et susceptible, comme toutes les explorations urinaires, de provoquer des accidents.

Au contraire, dans le cas de diagnostic obscur, le cystocope pourra être d'un grand secours.

D'abord, en cas de corps étranger de la vessie, c'est là, peut-on dire, le triomphe de la méthode. En effet, les corps étrangers présentent une coloration presque toujours extrêmement tranchée par rapport à la couleur de la muqueuse vésicale et en diffèrent bien plus qu'une lésion quelconque ne diffère des parties normales qui l'entourent. Lorsque le corps étranger est métallique, il brille à la lumière et peut être très facilement reconnu. On a pu (1) enlever, en suivant de l'œil tous les mouvements du crochet construit *ad hoc*, une épingle logée dans une vessie.

Après les corps étrangers, c'est dans le cas de petites tumeurs vésicales que l'on aura le plus à se louer de l'exploration cystoscopique. Dans le cas de grosses tumeurs, quand le toucher rectal et le cathétérisme ont déjà renseigné le chirurgien, l'examen cystoscopique pourra être superflu; mais lorsque l'on hésite entre une cystite hémorrhagique et une tumeur, l'exploration visuelle de la muqueuse est du plus haut intérêt. M. Bois-

(1) V. Tuffier et Janet. — *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1889, p. 726.

seau du Rocher cite le cas d'une femme malade dans le service de M. Péan chez qui l'on avait diagnostiqué tumeur de la vessie. Le mégaloscope montra que les vaisseaux portaient des houppes variqueuses à leurs extrémités et le chirurgien put, par un raclage de la muqueuse, venir à bout de la maladie. Quelquefois, au contraire, on peut trouver de petites tumeurs alors qu'on croyait n'avoir affaire qu'à une cystite

Dans le cas de calculs multiples ou enchatonnés, dans le cas de calculs logés dans une cellule vésicale, on comprend que l'endoscopie puisse rendre également de grands services. Enfin, avec la cystoscopie, l'exploration et le cathétérisme des orifices urétéraux deviennent, sinon facile, du moins possible. Sans parler du cathétérisme, l'exploration visuelle des orifices urétéraux permet de décider dans certains cas de l'origine d'une hématurie ou d'une pyurie. On peut voir le sang ou le pus sourdre par l'orifice de l'uretère et reconnaître ainsi non seulement que la maladie a son siège dans le rein ou le bassinet, mais encore de quel côté est placée la lésion. On le voit, la cystoscopie est en train de sortir de la période des tâtonnements, et d'ici à quelques années, elle aura pris dans les études du spécialiste la même place que l'ophtalmoscopie dans les études concernant les maladies des yeux. Dr A. MALHERBE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE MM. MOUTARD-MARTIN et TARNIER.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort de M. Baillarger, ancien président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil. P. S.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. MARCHAND, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rapporte l'observation d'une malade souffrant depuis longtemps d'une affection du foie : Jeune femme très affaiblie, présentant de la fièvre à forme rémittente, une teinte subictérique prononcée. Il fit une laparotomie exploratrice sans diagnostic bien précis. Il trouva la surface du foie lisse, sans trace de collection profonde. Il referma le ventre. Une amélioration, qui lui parut d'ailleurs singulière, suivit la laparotomie ; la température tomba. Mais le 13e jour la malade mourut. A l'autopsie, on constata dans l'intérieur du foie une centaine de foyers purulents de la grosseur d'une noisette ou d'une noix, et, autour de la veine porte, un gros abcès s'étendant jusque sur le pancréas. Rien dans les autres organes. En somme, il s'agit là d'un cas de *pyléphlébite suppurée*, ayant occasionné des *foyers de suppurations multiples* dans le foie.

M. DELENS fait un rapport sur une observation de M. le Dr SCHMIDT, intitulée : *Kyste dermoïde sublingual, pris pour une grenouillette sus hyoïdienne et enlevé par la voie buccale*. Il s'agit là d'une affection rare, puisqu'on n'en connaît que 30 cas (21 cas réunis dans le mémoire d'Ozenne et 9 publiés depuis). Fréquemment on fait l'erreur de diagnostic. Un jeune homme était porteur d'une tumeur du cou, non douloureuse, siégeant sur la ligne médiane dans la région sus-hyoïdienne ; cette tumeur était résistante et de la grosseur d'un petit œuf de dinde. La muqueuse buccale, qui recouvrait la saillie globuleuse que faisait entre les arcades dentaires la partie supérieure de la tumeur, était transparente et ne gardait pas l'impression du doigt ; elle était mobile sur les parties sous-jacentes. On fit l'incision de cette tumeur par la voie buccale ; elle était remplie de matière butyreuse. La poche fut extirpée ensuite en totalité. Elle ne présentait pas d'adhérences à l'os hyoïde ni au maxillaire inférieur, et l'opération fut simple. M. Schmidt prétend que pour ces kystes dermoïdes l'origine congénitale n'est démontrée que dans le 1/4 des cas, et il lui semble que le développement rapide de certaines de ces tumeurs est inconciliable avec la théorie admise. — M. Delens fait remarquer que dans ce kyste on n'a pas trouvé de poils et qu'il pourrait bien ne s'agir là que d'un kyste sébacé. D'autre part, le diagnostic des grenouillettes et des kystes dermoïdes sublingaux lui paraît, aujourd'hui possible à faire dans la plupart des cas. Il suffit de se rappeler les caractères suivants : La grenouillette est presque toujours *latérale*, tandis que le kyste dermoïde est médian ; d'autre part, le kyste a des limites bien nettes, tandis que la grenouillette forme une tumeur diffuse, d'une mollesse spéciale et donne la sensation d'une poche à parois mal délimitées et à contenu analogue à celui des épanchements traumatiques de sérosité.

M. G. MARCHANT. — Il est possible que dans le cas de M. Schmidt la tumeur ne fut pas adhérente ; mais dans la généralité des cas il n'en est pas ainsi : ordinairement ces tumeurs sont adhérentes. D'autre part, la rapidité avec laquelle ces tumeurs apparaissent ne prouve rien, puisqu'elles peuvent exister depuis longtemps sans se manifester et tout à coup présenter une poussée aiguë. Les adhérences des kystes dermoïdes sublinguaux sont tellement importantes que M. Marchant s'est basé sur ce caractère pour classer ces tumeurs en *adgéniennes* et *adhyoïdiennes*, suivant qu'elles adhèrent au maxillaire inférieur (ap. géni) ou à l'os hyoïde. On peut même reconnaître à quel os le kyste est adhérent, pendant la vie. Ainsi, dans un cas, il a pu diagnostiquer l'adhérence à l'os hyoïde à l'aide du signe suivant : Au moment d'un mouvement de déglutition fait par le malade, on appuie avec le doigt entre l'hyoïde et la tumeur. Si, pendant cet acte, on peut arriver à séparer le kyste de l'hyoïde, c'est qu'il n'y a pas d'adhérence à cet os et que cette dernière existe vraisemblablement avec les apophyses géni. Dans le cas contraire, la tumeur est en contact intime avec l'hyoïde. Ce caractère s'est vérifié au cours de l'opération du malade qu'il vient de citer : La séparation avait été impossible à obtenir et il y avait bien adhérence à l'hyoïde. Comme M. Delens, il croit possible désormais le diagnostic du kyste dermoïde sublingual, en raison du siège médian et du développement uniforme de la tumeur qui forme une poche régulièrement arrondie. En ce qui concerne le manuel opératoire suivi pour l'extirpation, il diffère d'opinion avec MM. Schmidt et Delens. Il préfère, avec raison d'ailleurs, la voie sus-hyoïdienne. Certes l'opération est possible par la bouche ; mais, en procédant ainsi, on peut avoir des phénomènes inflammatoires (lymphangite, adénite, comme d'ailleurs cela a eu lieu dans le cas de M. Schmidt), à cause de la très grande difficulté que l'on a à maintenir aseptique une large plaie anfractueuse et profonde communiquant, avec la muqueuse buccale, où fourmillent des microorganismes pathogènes ; d'autre part, on peut observer des récidives, surtout si le kyste adhère à l'hyoïde, car dans ces cas il est fort difficile de l'extirper en entier. L'opération par la bouche n'est même guère possible que pour les tumeurs qu'il appelle adgéniennes. Pour les kystes adhyoïdiens, l'opération pour être complète et sûre doit être pratiquée par la voie sus-hyoïdienne, à l'aide d'une incision médiane. De la sorte, on peut bien disséquer la poche des membranes fibreuses sus-thyroïdiennes et conserver facilement l'asepsie de la plaie. M. Marchant se demande même comment M. Schmidt a pu enlever une telle tumeur, grosse comme un œuf de dinde, par la voie buccale.

M. BAZY a opéré deux kystes congénitaux de la région sus-hyoïdienne. Ils étaient adhérents à l'os hyoïde et siégeaient sur la ligne médiane. Il les opéra par la voie sus-hyoïdienne, fit des sutures profondes et ne draina pas. Guérison rapide.

M. BAZY communique une intéressante observation d'*anévrysme inguinal, énorme, spontané, traité par l'extirpation*. Homme de 34 ans, atteint d'un anévrysme artériel de la région de l'aine. La tumeur avait pour limite supérieure l'arcade de Fallope, descendait plus bas que le tiers supérieur de la cuisse et constituait une forte saillie, violette, empâtée, dans le triangle

de Scarpa. M. Bazy se décida à l'extirper, en raison des phénomènes inflammatoires, — malgré le mauvais état général, — et les douleurs très vives, que parvenaient à peine à calmer des injections de morphine et l'usage du choral à hautes doses. — On fait d'abord l'incision de l'iliaque externe, décolle le péritoine, lie chemin faisant l'épigastrique, et ne rencontre l'artère iliaque qu'à 8 cent. de profondeur. On lie l'artère et la veine. Ceci fait, on dissèque rapidement la poche dont les parois sont peu distinctes. Un suintement sanguin, d'origine veineuse, se produit et devient très abondant. La dissection n'avançant qu'avec peine, M. Bazy se décide à procéder comme Syme et ouvre le sac, après avoir fait préparer de grosses éponges. Un tamponnement énergique arrête l'hémorrhagie. La vaste plaie qui résulte de l'extirpation forme une cuvette qui demande plus d'un mois pour guérir. Aucun accident postopératoire important. Ce malade est aujourd'hui opéré depuis plusieurs mois et bien guéri. — M. Bazy fait suivre cette observation de quelques considérations sur le traitement des anévrysmes inguino-cruraux. Dans des cas analogues, il croit l'extirpation indiquée à cause des lésions inflammatoires et des douleurs vives. Le volume énorme de la poche constitue aussi une indication. Dans de telles conditions, en effet, la tumeur, par son volume même, amène la compression des gros troncs artériels et favorise au pourtour de l'anévrysme le développement de la circulation collatérale. Partant, si on extirpe ces anévrysmes, on court moins de risques d'observer de la gangrène. L'absence de pouls au-dessous de la tumeur est aussi une indication à l'ablation totale, car elle montre que le cours du sang est dévié, au profit des voies de circulation collatérale. — M. Bazy est convaincu que la manœuvre qui consiste à ouvrir le sac au cours de l'extirpation n'a aucun inconvénient, surtout dans les anévrysmes enflammés. On ne perd pas plus de sang en procédant ainsi. M. Bazy croit la ligature contre-indiquée s'il y a des phénomènes inflammatoires déjà développés. On sait, en effet, que la ligature favorise l'apparition de ces accidents.

M. BERGER ne comprend pas que l'on puisse accuser la ligature de provoquer des phénomènes inflammatoires. Si, après une ligature, il y a inflammation dans l'anévrysme, cela tient à ce que cette ligature n'a pas été faite aseptiquement.

M. PEYROT. — Il faut savoir pourtant que la seule compression a pu déterminer l'apparition d'accidents inflammatoires dans des sacs anévrysmaux.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'a jamais eu d'accidents inflammatoires après des ligatures.

M. BAZY. — Peut-être, lorsqu'après une ligature bien faite il y a eu des phénomènes d'inflammation, s'agit-il simplement d'une coïncidence. C'est une question à revoir.

M. PEYROT. — *Traitement des abcès du foie par l'ouverture large.* — A propos d'une observation d'ouverture d'un abcès du foie, M. Peyrot indique la raison de l'innocuité habituelle de cette intervention. Un homme de 28 ans a eu jadis une dysentérie grave. En octobre dernier, il présente de la tuméfaction au-dessous des fausses côtes droites. Le 1er décembre 1890, on diagnostique une vaste collection purulente dans l'hypochondre. Une ponction donne du pus. Cet abcès du foie est incisé, à l'aide d'une injection de cocaïne dans le tissu cellulaire de la région. Au moment de placer deux tubes à drainage dans la cavité de l'abcès, M. Peyrot laisse échapper les bords de l'incision hépatique et le foie remonte se cacher sous les fausses côtes. Le parallélisme des plaies, cutanée et hépatique, est détruit. Il faut donner du chloroforme au malade pour pouvoir placer les drains. Certainement du pus de l'abcès a dû tomber dans le péritoine et cependant le malade alla bien. Un léger écoulement de bile se produisit pendant quelques jours, mais l'opéré guérit au bout de quelque temps. Ce fait de l'*innocuité de l'irruption du pus des abcès hépatiques dans le péritoine* s'explique aujourd'hui assez facilement depuis les recherches de Kartulis, Netter et Laveran. Ce pus, en effet, a pour caractère principal de ne pas contenir ordinairement de micro organismes. Dans le cas qui vient d'être cité, on les recherche dans le pus de l'abcès. On n'en trouva pas (les méthodes de coloration, de culture, d'inoculation n'ont donné que des résultats négatifs). Ce qui explique la guérison. Toutefois, dans certains cas, ces abcès peuvent présenter des phénomènes d'infection secondaire et renfermer des staphylocoques. Il est à présumer que les abcès qu'ouvrent les chirurgiens ne sont pas secondairement infectés, puisque la guérison se produit dans la plupart des cas. Il sera donc désormais bon, avant d'opérer, de faire une ponction et de faire rechercher les microbes dans le pus retiré du foie.

M. BOUILLY a observé un fait comparable à celui de M. Peyrot. Une fois l'incision hépatique faite, le foie remonta et les tubes à drainage durent être placés verticalement. Ils s'enfonçaient sous le gril costal. Néanmoins, il ne se produisit aucun accident, et pourtant il était certainement tombé du pus dans le ventre. Il est fort intéressant de noter que le pus des abcès du foie, malgré son odeur très fétide, ne contient pas de micro-organismes. Pour empêcher le foie de remonter, il suffit de suturer les lèvres de l'incision aux bords de la plaie cutanée avec des crins de Florence.

M. PÉRIER a opéré un abcès du foie qui, comme ceux que viennent de citer MM. Bouilly et Peyrot, n'était pas adhérent à la paroi abdominale; il a suturé le foie à l'abdomen avant de l'inciser.

M. PEYROT. — En effet, dans la plupart des abcès du foie, il n'y a pas d'adhérences à la paroi.

M. QUÉNU a fait une incision exploratrice pour une affection du foie paraissant consécutive à une dysenterie. Le ventre ouvert, il ponctionna le foie à diverses reprises, mais sans pouvoir parvenir à rencontrer le pus. Malgré l'emploi de gros trocarts, il dut reformer le ventre. Le foie était entouré de fausses membranes molles, mais non adhérent à la paroi. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un gros abcès dans le parenchyme hépatique : il y avait au moins deux litres de pus. Le trocart avait été enfoncé à un centimètre de la cavité purulente. M. Quénu cite ce fait pour montrer qu'il faut multiplier les ponctions exploratrices et ne pas s'en rapporter aux sensations fournies par les mains.

M. CHAUVEL a ouvert quatre fois des abcès du foie. Dans aucun cas il n'y avait des adhérences. Il a combattu la suture des bords de l'incision hépatique à la plaie, parce que le foie remonte et peut se déchirer sous l'influence de cette montée, qui se fait avec une certaine force. M. Chauvel est convaincu aussi que le pus de certains kystes hydatiques suppurés du foie peut tomber sans danger dans le péritoine.

M. ROBERT. — Les abcès du foie qu'on observe au Tonkin ne ressemblent pas à ceux qu'on rencontre à Paris et qui surviennent longtemps après l'attaque de dysenterie. Les abcès des pays chauds sont constitués par des *poches multiples*. Au Tonkin, les chirurgiens militaires opèrent en plusieurs temps. Le premier jour, ils incisent la paroi abdominale et tamponnent la plaie. Plus tard, quand des adhérences se sont formées, ils plongent un trocart dans le foie, *dans tous les sens*, pour aller à la recherche du pus dans tous les recoins de cet organe. La fièvre tombe alors. Quelques jours plus tard, on incise alors franchement le foyer. Les abcès observés chez nous sont bien plus localisés que ceux qu'on observe dans les pays chauds. La mortalité est grande, à l'étranger, après cette opération.

M. CHARVOT. — Les abcès observés en Tunisie présentent les mêmes caractères que ceux de France.

M. PEYROT ne croit pas que la suture du foie à la paroi, l'évacuation du pus étant faite, présente les inconvénients que lui reproche M. Chauvel. Il ne croit guère à l'innocuité du pus des kystes hydatiques suppurés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente deux malades, *réséquées du genou*. L'une avec un raccourcissement de 7 centimètres marche très bien et ne boite presque pas. Il est vrai que c'est une femme, qu'elle met de la coquetterie à se tenir droite, qu'elle incline fortement son bassin et qu'elle est opérée depuis quelque temps. L'autre, avec un raccourcissement de 12 centimètres (elle a dû subir plusieurs résections successives) boite à peine. Ce sont, à n'en pas douter, de très beaux résultats.

Marcel BAUDOUIN.

INSTITUT BRITANNIQUE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE. — Un Institut de cette sorte va être créé à Cambridge. Un comité, présidé par Lister, fera construire cet établissement sur le modèle de l'Institut Pasteur.

REVUE D'ANATOMIE

I. — **Sur quelques particularités de la dure-mère** ; par M. Trolard. — *Journal de l'Anatomie*, n° 4, 1890.

II. — **La clavicule et ses articulations** ; — par M. Poirier. — *Journal de l'Anatomie*, n° 2, 1890.

III — **Sur un repli peu connu de l'articulation de la hanche** ; par M. G. Armantini. *Instituto anatomico dell' universito di Perugia*, 1889.

IV. — **Des espaces interstitiels** ; par M. J. Diesse. — *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1889.

V. — **Des fibres lisses du tissu érectile des fosses nasales** ; par M. Herzfeld. — *Arch. f. mik. Anat.*, 1889.

VI. — **Traités d'anatomie** ; par MM. Testut et Debierre.

I. — M. Trolard nous donne une bonne étude sur quelques *particularités de la dure-mère*. La faux du cerveau sert à tendre la tente du cervelet, elle s'oppose aussi à la compression qu'exercent l'un sur l'autre les hémisphères cérébraux lorsque l'on incline la tête de côté, mais, rôle plus important, elle maintient en quelque sorte le cerveau suspendu; c'est grâce à cela que la base du cerveau n'est pas comprimée par le poids des parties sus-jacentes. Une protection analogue existe pour les régions déclives du cervelet. Comment la faux du cerveau peut-elle ainsi soutenir les hémisphères ? Par l'intermédiaire de la pie-mère qui, fixée solidement à toute la surface cérébrale, s'enfonçant même dans son épaisseur, présente, d'autre part, avec la dure-mère des adhérences remarquables. Sur la partie convexe du cerveau, la pie-mère adhère intimement à la faux tout le long du bord supérieur de l'hémisphère, les granulations de Pacchioni servent à cette adhérence ; elles prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien, s'attachent à la pie-mère, l'entraînent vers la dure-mère, la traversent et, se renflant, forment un vrai rivet qui fixe entre elles toutes les membranes. Les parties plus antérieures des méninges sont réunies par les veines cérébrales et les lacs sanguins. La face interne des hémisphères est suspendue par ses parties moyenne et inférieure. La partie moyenne est maintenue par des granulations s'enfonçant entre les mailles d'un orifice grillagé, presque constant, existant dans la faux à l'union de son tiers antérieur avec ses deux tiers postérieurs. Si les orifices de ce grillage sont très larges, il y a soudure de la pie-mère d'un hémisphère avec celle de l'autre. A la partie inférieure des filaments fibreux partent du bord libre de la faux et vont s'attacher sur la pie-mère, principalement sur la lame du ventricule du corps calleux. La faux suspend également la pie-mère qui vient des ventricules et les lames qui proviennent des sillons de la partie postérieure de l'hémisphère, notamment des scissures calcarine et perpendiculaire interne. La sustentation du cervelet est due à ce que le plan inférieur du conglomérat fibreux. qu'on remarque vers le confluent postérieur, adhère à la pie-mère cérébelleuse au niveau de l'extrémité antérieure du vermis supérieur ; ces deux membranes confondues se fixent sur la faux, en bas et en arrière des veines ventriculaires. M. Trolard, après nous avoir montré les moyens de suspension de l'encéphale, cherche à nous prouver que la pituitaire est un prolongement dure-mérien au même titre que la coque fibreuse qui tapisse la cavité orbitaire. De chaque côté de l'apophyse crista-galli, sur la lame horizontale de l'ethmoïde, on trouve la fente ethmoïdale qui ne livre passage qu'à un très petit filet nerveux et une quarantaine d'orifices dont une dizaine seulement sont occupés par des filets olfactifs. Les trous libres donnent passage à des prolongements de la dure-mère qui s'unissent au-dessous de la lame criblée et se joignent aux gaines des nerfs olfactifs en formant une membrane épaisse qui se continue avec la pituitaire. Un détail anatomique intéressant nous est encore donné par M. Trolard, il a constaté que la partie antérieure du lobe olfactif est logée dans une petite cavité ainsi limitée : en dedans l'apophyse crista-galli ; en dehors, le rebord du frontal ; en bas la lame criblée ; en haut un prolongement dure-mérien partant de l'apophyse crista-galli pour aller se fixer sur le rebord du frontal qui limite en dehors la fosse olfactive. M. Trolard signale encore un petit repli falciforme de la pie-mère limitant en arrière la fosse olfactive ; il nous montre comment la faux du cerveau s'insère dans le trou borgne et nous cite un cas de dure-mère double. (*Journal de l'Anatomie*, n° 4, 1890).

II. — Nous avons lu avec un vif plaisir une étude que M. Poirier a consacrée à la clavicule et à ses articulations. Rendre un sujet d'une telle banalité apparente intéressant et presque neuf est un tour de force dont nous ne saurions trop féliciter cet auteur. Nous passerons rapidement dans ce résumé sur la partie purement ostéologique du mémoire, nous bornant à dire qu'elle est claire et d'une rare précision et nous arriverons de suite aux articulations.

L'articulation sterno-claviculaire présente des surfaces articulaires se correspondant parfaitement. Le ménisque ne peut donc servir à rétablir leur correspondance ; or, son étude nous montre qu'il n'a pas de forme fixe, qu'il peut présenter des degrés de développement très variables, qu'il peut manquer, tous caractères le rapprochant des organes en train de disparaître et dont il ne reste plus que des vestiges. A quelle pièce osseuse correspond donc ce fibro-cartilage? M. Poirier nous montre que c'est un reste rudimentaire de l'interclavicule, os très développé chez certains vertébrés. Les ligaments de l'articulation sterno-claviculaire sont : Un ligament antérieur, large bandelette presque verticale et très épaisse étendue de l'extrémité sternale de la clavicule au pourtour de l'encoche du sternum. Ce ligament s'amincit en bas où il peut permettre des hernies de la synoviale. Un ligament supérieur, très fort, étendu de la face supérieure de la clavicule et des rugosités encadrant la facette articulaire de cet os au bord supérieur de la fourchette sternale. Un ligament postérieur, plus faible que les précédents et à peu près symétrique au ligament antérieur. Le ligament interclaviculaire, inséré aux parties postérieures et supérieures des extrémités internes des deux clavicules, prolonge le plan de la face postérieure du sternum.

Le ligament costo-claviculaire a une forme rhomboïdale ; son sommet est fixé au premier cartilage costal et un peu sur la première côte, sa base s'attache à la face inférieure de la clavicule ; il est composé de deux plans de fibres, antérieur et postérieur, séparés par une bourse séreuse et doués de propriétés physiologiques différentes : le plan antérieur se tend quand l'épaule se porte en haut et en arrière ; il se relâche et le faisceau postérieur est tendu quand l'épaule est portée en avant. Les deux feuillets sont tendus dans les mouvements de l'épaule en haut. La clavicule peut se porter en tous sens, les mouvements de rotation lui sont seuls impossibles. Le centre de ces mouvements est à l'insertion inférieure du ligament costo-claviculaire. Les deux extrémités de la clavicule se meuvent donc en sens inverse. Les mouvements de l'articulation sterno-claviculaire s'exécutent surtout entre la clavicule et le ménisque. L'articulation acromio-claviculaire ne présente rien de bien particulier à signaler ; il n'en est pas de même de l'articulation coraco-claviculaire, articulation à distance en général, présentant deux ligaments : le conoïde et le trapézoïde. Le premier s'insère tout à fait au bord postérieur de la face supérieure ou claviculaire de la coracoïde ; le second s'attache à toute la largeur de cette face, puis il se dirige obliquement en haut et en dehors vers les rugosités de l'extrémité externe de la face inférieure de la clavicule en formant un faisceau très épais renfermant une bourse séreuse. Le ligament conoïde va se jeter sur un tubercule de la face inférieure de la clavicule en se juxtaposant au trapézoïde pour former une sorte de niche renfermant assez souvent un organe séreux. Le ligament conoïde, de même que le trapézoïde, renferme une bourse séreuse. Ces deux ligaments ont des rôles différents : lorsque, l'épaule étant portée en avant, l'omoplate et la clavicule tendent à se rapprocher, le ligament trapézoïde se tend ; quand l'épaule se porte en arrière et que les deux os s'écartent c'est le conoïde qui est distendu (*Journal de l'Anatomie*, mars-avril, n° 2 1890).

III. — M. G. Amantini nous a décrit un *repli peu connu de la synoviale de l'articulation de la hanche*, repli constant, occupant une ligne qui unirait la fossette centrale de la tête du fémur au petit trochanter. C'est un soulèvement de la synoviale par un faisceau de fibres périostiques et capsulaires renfermant des vaisseaux qui se distribuent à la tête fémorale dont ils représentent les principaux agents de nutrition. M. Aman-

tini se demande quelle est la signification de ce repli pectinéo-fovéal. Il arrive, en se basant sur l'anatomie comparée et l'embryologie, à cette conclusion : le ligament pubio-fémoral, le muscle pectiné, le ligament rond et le repli pubio-fovéal ne sont que les vestiges d'un même muscle primitivement interarticulaire (*Instituto anatomico dell' Universita di Perugià*, 1889, et *Revue des Sciences médicales*, 15 avril 1890).

IV. — M. J. Diesse a constaté dans le tissu conjonctif de diverses régions des cavités cloisonnées, munies de parois propres; il les nomme *espaces interstitiels*. Il étudie particulièrement un espace scrotal et un espace vésical. L'espace scrotal est interposé entre le dartos et la vaginale : c'est une cavité embrassant les faces latérales et l'extrémité supérieure du testicule et remontant sur le cordon jusque vers la base de la verge. Il y deux espaces scrotaux : un pour chaque testicule et, phénomène remarquable, ils se présentent toujours sous le même aspect, même chez les cryptorchides. Les fœtus n'ont pas d'espace scrotal, celui-ci ne se formant qu'après la naissance. Dans les grandes lèvres de la femme on trouve des espaces labiaux analogues à ceux que nous venons de décrire. M. Diesse signale encore, chez les jeunes enfants, un espace vésical, interposé entre la paroi antérieure de la vessie et la face postérieure de la paroi abdominale, s'étendant jusque dans le petit bassin sur les côtés et recouvrant un peu le fond de la vessie. Cet espace disparait presque complètement chez l'adulte ne laissant qu'un espace supra-vésical et non prévésical comme le dit Retzius. (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Suppl. B. Anat. Abt.* 1889.)

V. — M. Herzfeld nous apprend que le tissu érectile des fosses nasales renferme des fibres lisses, il insiste sur leurs rapports avec les vaisseaux et montre leur absence dans les travées formant la charpente des corps caverneux. Nous ne voulons pas insister sur la nouveauté de ces faits; qu'il nous suffise de rappeler les lignes suivantes que nous avons publiées en 1887 dans le *Progrès médical* : « Sur une coupe transversale, à la partie moyenne du cornet moyen, on voit que toute l'épaisseur du chorion muqueux est occupée par des espaces dilatés, véritable tissu caverneux, se distinguant de celui du pénis par l'épaisseur beaucoup moins grande de la *couche de fibres lisses*. » Et plus loin nous ajoutions : « Le tissu érectile proprement dit, par sa structure et ses *fibres lisses*, est donc absolument évident sur le cornet moyen..... On peut dire que ce tissu est composé de très vastes lacunes irrégulières et communicantes dans la couche profonde de la muqueuse, au voisinage de l'os, et de lacunes beaucoup plus petites, avec des *anneaux musculaires* plus nets, dans les portions superficielles. M. Herzfeld nie aussi tout rapport entre les cornets osseux et le tissu érectile qui les recouvre. Pour la réfutation de cette proposition, nous renvoyons à l'article dont nous venons de donner des extraits(*Arch. f. mik. Anat.* Bd XXXIV, H. 2, 1889).

VI. — L'étude de l'anatomie humaine est forcément limitée; on peut évidemment la compléter par de très minutieuses descriptions de faisceaux fibreux ou musculaires de peu d'importance mais sans en relever beaucoup l'intérêt. Les anatomistes modernes l'ont compris et ils ont substitué à ces minuties fastidieuses des données d'anatomie philosophique qui rendent la science de l'homme véritablement attrayante. Au lieu de demander à des hypothèses la raison d'être d'un organe rudimentaire, ils en cherchent la signification dans la série des êtres. L'anatomie et l'embryologie comparées viennent donc compléter et éclairer l'anatomie humaine et c'est par leurs emprunts à ces sciences que MM. *Debierre* et *Testut* ont rendu leurs Traités d'Anatomie intéressants et originaux. Ils nous ont montré les liens rattachant l'homme aux autres vertébrés ; au lieu de nous donner l'énumération sèche de tant d'anomalies, ils nous ont fait voir quelle était leur signification ; en un mot, ils ont ouvert en France une ère nouvelle à l'anatomie : la théorie des causes finales a vécu, le transformisme a pris sa place. MM. Testut et Debierre, dans deux ouvrages différents dans leur forme plus que dans leurs tendances, ont donc repris l'étude de l'anatomie sur des bases nouvelles, mais ils n'ont pas négligé pour cela la description exacte et rigoureuse des organes ; ils ont su faire la part des aspirations intellectuelles et des besoins pratiques des étudiants. Les ouvrages de ces auteurs sont aussi recommandables pour la forme que pour le fond, bien imprimés et renfermant des figures claires, bien faites et rehaussées de couleurs, ils sont faciles à lire et agréables à feuilleter. Ils font honneur à leurs éditeurs, MM. Doin et Félix Alcan. Après avoir loué sans réserve M. Testut et félicité M. Debierre, nous n'essaierons pas d'analyser leurs œuvres. Un traité didactique ne se peut résumer ; on en indique l'esprit et les tendances, on engage à le lire ou à l'éviter, mais on ne peut en relever les parties neuves sous peine d'en détruire l'homogénéité et de nuire à l'ouvrage qu'on veut prôner.—A côté de ces traités, MM. Baillière nous ont donné un petit atlas-manuel d'anatomie descriptive, de M. A. Prudhomme. Nous nous bornerons à le signaler. Heureusement que la même librairie a publié une *Anatomie des centres nerveux*, de Ludwig Edinger, ouvrage important que nous analyserons bientôt en détails. M. Isch-Wall.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie ; par Reclus et Duplay. — Tome III, par Poncet, Nélaton, Lagrange, Quénu, G. Marchant, Kirmisson (os, articulations, crâne et rachis).— G. Masson, éditeur; Paris, 1890.

Le 3e volume du grand Traité de Chirurgie vient de paraître. On y trouvera d'abord les tumeurs des os, suffisamment étudiées par M. A. Poncet (de Lyon).

La partie due à M. Nélaton, — surtout celle qui a trait aux luxations, dont la description a été fort soignée, — est d'un très réel intérêt, même pour les chirurgiens de profession. On y trouvera exposées brièvement un grand nombre d'idées neuves, entre autres celles du Pr Farabeuf, un des maîtres de prédilection de M. Nélaton. C'est une bonne fortune qu'un de nos jeunes chirurgiens ait ainsi pu recueillir, pour le plus grand profit des élèves, des données si utiles et si justes, dont un certain nombre n'ont pu être publiées avec des détails circonstanciés. Les entorses ont peut-être été un peu trop sacrifiées ; mais il fallait sans doute se borner.— M. Lagrange a fait un très consciencieux exposé des lésions infectieuses des articulations. Mais pourquoi avoir rangé, à côté de ces affections, l'ankylose? On ne peut vraiment pas dire que l'ankylose rentre dans le groupe des maladies infectieuses des jointures.— Inutile d'ajouter que l'article de M. Quénu est écrit avec la même précision, la même clarté que ceux des précédents volumes.

Dans la partie qu'a traitée M. G. Marchant, le côté intervention chirurgicale est resté parfois sous la domination des notions anciennes, dites classiques. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les épanchements sanguins intra-crâniens, l'auteur, qui connaît pourtant à fond la question, est d'une réserve qui semble un peu exagérée à l'heure présente. La grosse question, c'est le diagnostic plus encore que le traitement ; c'est sur ce point qu'il aurait fallu peut-être insister davantage. Certains articles nous ont paru un peu trop écourtés, entre autres celui qui a trait à l'anévrysme artério-veineux du sinus carotidien, récemment étudié par MM. Chauvel, Lefort, Poirier, etc., sans compter les auteurs étrangers (Rivington, Sattler, etc.). Cet intéressant chapitre s'est amplifié depuis la thèse de Delens. Il existe aussi, paraît-il, des anévrysmes extra-orbitaires, c'est-à-dire intra-crâniens, de l'artère ophtalmique. On aurait pu les citer à cette place. Nous craignons fort de voir encore une fois toutes ces tumeurs confondues sous le nom de tumeurs pulsatiles de l'orbite. On a tort, ce nous semble, de se contenter d'une telle dénomination ; on devrait chercher dès aujourd'hui à débrouiller ces questions de pathogénie, il est vrai, fort obscures.

Enfin, les maladies du rachis ont été traitées par M. le Dr Kirmisson, qui, depuis quelque temps, s'est adonné d'une façon toute spéciale à l'étude de l'orthopédie. Quelques chapitres de cette dernière partie ne sont peut être pas tout à fait au courant de la science, entre autres celui du mal de Pott ; l'auteur, qui paraît s'être inspiré surtout du livre de M. Lannelongue, ne semble pas avoir tenu compte de certains travaux plus récents. Le mal de Pott cervical, qui a pourtant un cachet assez particulier, est à peine mentionné : n'aurait-il pas mérité au moins quelques lignes bien isolées dans l'étude clinique.

Malgré ces quelques critiques de détails, consignées ici pour montrer que nous avons lu ce beau volume, pour indiquer aux

auteurs les principaux *desiderata* que formuleront les lecteurs, le tome troisième du Traité de Chirurgie n'en est pas moins tout aussi recommandable que les deux premiers. Nous ajouterons même que dans son ensemble ce volume nous paraît encore plus soigné que les précédents, dont certaines parties, fort importantes pourtant, sont un peu faibles, de l'avis de tous. Marcel BAUDOUIN.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS

Séance du 20 décembre 1890.

DISCUSSION DE D'INTERPELLATION SUR LA LAÏCISATION DES HÔPITAUX DE PARIS (*Fin*) (1).

Nous terminons dans ce n° la reproduction de la discussion de l'interpellation de M. Desprès. L'intermède relatif à un rappel au règlement étant fixé, la véritable discussion reprend.

M. LE PRÉSIDENT. M. Desprès me prie de dire à la Chambre qu'il est extrêmement fatigué. Veuillez l'écouter avec attention.

M. DESPRÈS. Messieurs, je serai très bref. Si M. le ministre n'avait pas fait intervenir ma personnalité dans le débat, je n'aurais pas repris la parole. M. le ministre a bien voulu dire à la Chambre que j'avais été trop dur pour les laïques (2). Eh bien, je dois déclarer que c'est à ce prix seulement que j'ai pu obtenir un service régulier pour les malades, au moins tout le temps que je suis à l'hôpital (*Interruptions à gauche*) ; c'est grâce à l'énergie avec laquelle j'ai mené ce personnel que j'ai pu obtenir un service convenable, et si c'était à recommencer je n'agirais pas autrement. Je ne crains pas M. le ministre ni l'apparence de sa menace; on ne casse un chirurgien des hôpitaux que quand il manque à l'honneur ou qu'il ne fait pas son service, ou qu'il a été condamné à une peine afflictive ou infamante.

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Vous n'avez pas besoin de vous poser en victime !

M. DESPRÈS. Je n'ai peur de personne ; j'ai fait mon devoir à l'hôpital comme je le fais ici en défendant les sœurs de charité contre les capitulations du Gouvernement devant le conseil municipal de Paris. (*Très bien ! très bien! à droite. — Bruit à gauche.*)

M. le ministre, dans cette circonstance, croit avoir fait preuve d'une habilité encore plus grande que d'ordinaire en essayant de me mettre en contradiction avec moi-même, en citant, au lieu de ma prose, celle de M. Sarcey. Je passe; je crois le talent de M. le ministre au-dessus de pareils moyens de discussion.

Mais en deux mots voici le fait : En 1876, au chevet d'un de nos malades, on avait mis une pancarte portant ces mots : « Le malade est-il catholique ou protestant ? Veut-il changer de religion ? A-t-il demandé à recevoir les sacrements ? » Eh bien, moi seul dans les hôpitaux ai protesté et ai fait enlever les pancartes, tandis que tous ceux qui, aujourd'hui, m'interrompent à l'extrême gauche n'ont rien dit dans leurs journaux. (*Bruit à gauche.*) Moi, j'ai protesté (3), je le répète, parce qu'il s'agissait de la vraie liberté de conscience et que l'administration, qui était alors cléricale, prétendait imposer dans les hôpitaux les pratiques du cléricalisme (4). Et si j'ai parlé de cela, c'est que j'ai voulu me défendre contre la petite attaque en dessous de mon ancien camarade et ami. (*Sourires*).

Il me reste à dire une chose pour la Chambre, pour l'opinion publique et le pays. M. le Ministre est venu soutenir ici cette étrange doctrine que l'Assistance publique ne dépendait de personne ; qu'à Paris, en vertu de la loi de 1849, elle jouissait d'une personnalité propre, et que le ministre n'avait pas le droit d'exercer son contrôle. Savez-vous, M. le Ministre, où cette étrange théorie vous conduit, de capitulation en capitulation ?

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. A l'échafaud ! (*On rit.*)

M. DESPRÈS. Cela vous conduit à céder le pouvoir à une assemblée qui n'a ni le droit ni la capacité pour l'exercer. (*Bruit à gauche.*) Et vous, qui êtes ici les représentants du pays, direz-vous: « Cela ne nous regarde pas, cela regarde le conseil municipal de Paris ? » Et l'intérêt du malade ? et l'intérêt sacré du malade ? Et ces biens qu'on donne aux malheureux tous les jours, depuis des siècles, sont-ils à la disposition des caprices d'une assemblée quelconque? Monsieur le Ministre, vous avez faibli, peut-être par nécessité politique...

M. LE MINISTRE DE L'INTÉRIEUR. Non ! non !

M. DESPRÈS. Vous avez sacrifié l'intérêt des malades. (*Applaudissements à droite. — Rumeurs à gauche.*)

Je termine en relevant le reproche que vous me faites d'insulter les laïques. Ce n'est pas moi qui juge les laïques sévèrement, c'est l'administration de l'Assistance publique elle-même. Lorsque les sœurs sont parties, savez-vous ce qu'on a affiché dans les salles de la Charité ? On a affiché : « Les malades ne doivent rien au personnel qui les sert (1). » C'était le plus bel hommage rendu à la probité des sœurs ; cela voulait dire qu'avec les laïques il fallait se méfier.

M. DE CASSAGNAC. Pas de pourboires !

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. On devrait mettre une pareille affiche dans les églises ; elle y serait bien placée, car on y demande assez d'argent !

M. Jules DELAHAYE. Est-ce que cela vous regarde? Ne sommes-nous pas libres de donner notre argent dans les églises ?

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Alors, il ne faut pas dire : Pas de pourboires !

M. DE CASSAGNAC. Il n'y a que le père Loyson qui vous en demande, à vous! (*Rires à droite.*)

Un membre à droite. On n'est pas obligé d'aller dans les églises, tandis que les malheureux sont forcés d'aller dans les hôpitaux !

M. DESPRÈS. Ensuite, messieurs, suivez bien l'énumération des circulaires de l'administration de l'Assistance publique, c'est elle qui juge les laïques, ce n'est pas moi. La seconde circulaire dit qu'on supprimera les rideaux du cabinet dans lequel se tiennent les infirmières laïques. Il fallait voir ce qui se passait dans ce cabinet... (*Bruit à gauche.*) (2).

A gauche. Assez ! assez !

M. DESPRÈS. Je répète que ce n'est pas moi qui le dis. (*Très bien! très bien! à droite.*) On a ensuite supprimé le cabinet ; il n'y en a plus. La quatrième, Monsieur le Ministre, vous l'avez lue dans les journaux ultra-radicaux de cette semaine. Ils ont, en effet, reproduit une circulaire du directeur de l'Assistance publique, visant le logement des surveillantes, qui sont logées, soit à l'hôpital, soit au dehors dans des immeubles appartenant à l'Assistance publique. Et le directeur a pris là une mesure qui est la condamnation la plus sévère qu'on puisse prononcer sur les laïques : il a dit qu'il est interdit aux laïques de recevoir chez eux leurs parents et leurs amis, et de les y entretenir (3).

Je vous demande si la femme qui est chez elle, au milieu de sa famille et de ses enfants, a le temps de donner aux malades les soins qui leur sont nécessaires, et si elle ne se hâte pas à faire sa besogne pour retourner plutôt dans son petit intérieur où elle se plaît plus qu'au milieu des malades et des mourants. (*Très bien ! très bien ! à droite.*) Et c'est au directeur de l'Assistance publique qui prend soin des pauvres, c'est à ce même homme qui

(1) Voir *Prog. méd.*, n° 52, 1890, et n° 1, 1891.

(2) En face des renseignements qui nous sont parvenus, nous demandons comment M. Desprès pourrait faire pour se montrer plus dur qu'il ne l'est envers les laïques. Dans son service, devant les malades et les étudiants, il n'a même pas pour ses surveillantes la politesse élémentaire que tout homme qui se respecte a pour les femmes. « Allez chercher la laïque ! — Approchez ici, la laïque ! » sont ses expressions courantes. Il fait les sorties les plus violentes contre les laïques, s'adressant ainsi indirectement à ses sous-surveillantes présentes. Une femme en état d'ivresse s'étant blessée à la tête est apportée dans son service. Apprenant ses habitudes alcooliques, il lui dit : « N'êtes-vous pas une infirmière laïque ? » A une femme de son service, qu'il savait de mœurs légères, il demande la profession qu'elle exerce. « Je n'en ai pas, répond-elle. » — « Alors, faites-vous laïque ! » Tenez, en voilà une, ajoute-t-il, en montrant la surveillante. — « Pour soigner des malades, il n'y a dans les hôpitaux que des p...... ou des religieuses. » Pour être impersonnelles, les injures de M. Desprès n'en sont pas moins réelles et blessantes.

(3) M. Desprès nous a accusé dans le temps de ne pas avoir protesté contre les *nouvelles pancartes*. Il savait pourtant que nous avions publié, dans le *Progrès médical*, trois articles (1876, p. 657, 667 et 681).

(4) Dans une lettre que nous adressait M. Desprès, le 22 mai 1882, se trouve ce passage : « Si les religieuses hospitalières ne faisaient pas du prosélytisme religieux, ce que nous savons tous, etc. » .

(1) Dès les premières années de nos études médicales jusqu'à 1890, nous avons vu reparaître cet avis à des périodes plus ou moins éloignés et cela dans des hôpitaux confiés à des religieuses.

(2) Cette précaution aurait dû être prise même du temps des sœurs. M. Desprès touche là un sujet dangereux ; il n'ignore pas cependant qu'il y aurait un chapitre très intéressant à traiter, celui des *Sœurs amoureuses.*

(3) Les abus de ce genre sont extrêmement rares, et, s'ils se produisent, la responsabilité en incombe aux directeurs et aux économes des hôpitaux dont la surveillance est en défaut. En ce qui concerne les religieuses, il est certain que l'Administration ne connaît pas le nombre des sœurs de passage qui habitent les communautés des hôpitaux. A Paris, l'Administration ignore probablement quel est le *chiffre exact* des religieuses qui se trouvent à l'Hôtel-Dieu et à St-Louis.

rédige une circulaire aussi grave, vis-à-vis des laïques, que vous dites : « Vous êtes le maître ! »

Vous étiez mieux inspiré — et c'est par là que je termine — lors de la discussion de l'interpellation qui eut lieu au Sénat.

Vous avez dit que vous n'aviez pas à vous occuper de l'opinion du conseil municipal, que vous n'aviez rien à y voir et vous avez ajouté : « Le directeur de l'Assistance publique est responsable devant moi. » Malheureusement les opinions et les idées ont fait du chemin depuis. Je le dis bien franchement, je demande à tout esprit impartial, la réponse de M. le ministre peut-elle satisfaire les malheureux qui ont pétitionné pour le retour des sœurs, et l'opinion publique — car la majorité de la France est pour les sœurs... (*Protestations sur divers bancs. — Applaudissements à droite.*)

Vous protestez ! mais vous avez entendu insulter des prêtres dans la rue, vous avez vu des individus les suivre en imitant le cri du corbeau ; mais jamais, entendez-vous ? jamais vous n'avez vu insulter les sœurs de charité. (*Nouveaux applaudissements à droite.*)

A gauche. On n'insulte pas les femmes !

M. DE DOUVILLE-MAILLEFEU. Vous êtes le premier qui ayez insulté des femmes à la tribune française. Cela peut se faire dans un autre pays, mais pas ici. Aussi vous allez voir le vote de la majorité....

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur de Douville-Maillefeu, je vous prie de ne pas interrompre.

M. DESPRÉS. Je finis, messieurs. (*Exclamations à gauche.*)

M. DE BAUDRY D'ASSON. Nous demandons où est le président.

M. LE PRÉSIDENT. Il est là pour vous rappeler à l'ordre, si vous continuez à interrompre. On m'a accusé de ne pas maintenir la parole à votre orateur ; vous voyez que je la lui maintiens. (*Exclamations.*)

M. DESPRÉS. Je ne peux pas laisser passer l'expression dont vient de se servir M. le président. Je ne suis pas l'orateur de la droite ; je ne suis d'accord avec elle qu'en partie : la droite défend les sœurs contre la République, et moi je les défends pour la République (*Bruyantes protestations à l'extrême gauche*), parce que, je vous le répète, quand un pays a été trop loin et qu'il a commis une faute, il est de son honneur de la reconnaître et il est de l'honneur des républicains de reconnaître que les meilleurs serviteurs pour les malades, ce sont les sœurs de charité. (*Applaudissements à droite.*)

Sur divers bancs. La clôture ! la clôture !

M. LE PRÉSIDENT. J'entends demander la clôture de la discussion. (*Oui ! Oui !*)

M. DE CASSAGNAC. C'est maintenant qu'il faut demander à transformer la question en interpellation. (*Bruit.*)

M. CALVINHAC. Je demande la parole contre la clôture.

M. LE PRÉSIDENT. M. Calvinhac a la parole contre la clôture.

M. CALVINHAC. Messieurs, il s'est produit à cette tribune des affirmations auxquelles je crois absolument nécessaire de répondre. Je demande donc à la Chambre de vouloir bien ne pas prononcer la clôture afin que je puisse apporter, en réponse à ce qu'a dit M. Després, des documents qui sont irréfutables et pour lesquels je vous demanderai simplement cinq ou six minutes d'attention. (*Parlez ! parlez ! — La clôture !*)

M. LE PRÉSIDENT. Je mets la clôture aux voix. (La clôture, mise aux voix, n'est pas prononcée.)

M. LE PRÉSIDENT. La parole est à M. Calvinhac.

M. LE COMTE ALBERT DE MUN. Alors, le débat continue ? Qu'est-ce que nous discutons ?

M. LÉON SAY. Discutons-nous, oui ou non, l'interpellation de M. de Douville-Maillefeu ?

M. LE PRÉSIDENT. M. Léon Say, on discute l'interpellation. (*Exclamations à droite.*)

M. EMILE FERRY. Je demande la parole.

M. CALVINHAC. Messieurs, ce n'est pas sans étonnement et, je dois le dire aussi, sans une profonde émotion que j'ai entendu à cette tribune les paroles de l'honorable M. Després. Je ne m'attendais pas à ce que, pour défendre son opinion, il vînt ici, très imprudemment peut-être, soulever des questions de personnes... (*Bruit prolongé.*)

M. DE BAUDRY D'ASSON. Descendez de la tribune ou attendez pour parler qu'on ait consulté la Chambre. *A gauche* : Parlez ! parlez ! *A droite*. Vous n'avez pas la parole !

M. CALVINHAC. Le président m'a donné la parole et je ne pouvais la refuser.

M. THELLIER DE PONCHEVILLE. Il a eu tort. La Chambre n'a pas été consultée.

M. CALVINHAC. Je ne suivrai pas le précédent orateur dans la forme qu'il a employée ; je ne rappellerai pas les faits plus ou moins scandaleux, les racontars scabreux, qu'il me serait possible d'opposer à ce qu'il a dit des infirmières laïques. Il ne me plait pas, à la tribune française, de dire du mal des femmes, qu'elles qu'elles soient... (*Très bien ! très bien ! à gauche*), de celles qui ont été défendues par M. Després, aussi bien que des autres.

M. LE COMTE ALBERT DE MUN. Alors, monsieur le président, c'est l'interpellation qui continue ! Vous créez un précédent pour toutes les autres discussions. Vous n'avez pas consulté la Chambre sur la transformation de la question en interpellation. (*Bruit*). Demandez à tout le centre si ce n'est pas exact !

M. CALVINHAC. Je suis prêt à reconnaître pour vrai ce qu'a dit M. Després à propos du dévouement apporté par les sœurs dans certaines occasions ; je les ai vues à l'œuvre ; ancien interne des hôpitaux, j'ai pu apprécier leurs services. (*Bruit prolongé.*)

A gauche. Aux voix !

M. CALVINHAC. Mais, messieurs, ne voyez-vous pas qu'en couvrant ma voix vous jugez le débat contre M. Després lui-même qui a refusé la discussion en transformant son interpellation en question ? C'est passer condamnation que de me refuser de discuter les arguments apportés à cette tribune !

A droite. Mais non ! pas du tout.

M. CALVINHAC. Celui qui discute ne peut pas être victime d'une querelle de procédure. Si c'est un précédent qu'on a créé, vous pourrez vous en servir au moment que vous croirez utile... (*Interruptions.*)

M. LE PRÉSIDENT. Il n'y a pas de précédent. Vous êtes dans le règlement en prenant la parole.

M. FERNAND RABIER. Le règlement a été observé.

M. CALVINHAC. On peut, tout en reconnaissant que le dévouement est commun à toutes les classes de la société, n'être pas de l'avis de M. Després sur le rôle joué par les sœurs dans les hôpitaux et sur les services qu'elles y rendent. Un des collègues de M. Després, dont les opinions ne sont pas douteuses, le docteur et professeur Le Fort, écrivait dans le *Paris-Guide* ces quelques lignes :

« Ce rôle ne consiste pas » — celui des sœurs — « à donner directement des soins aux malades ; ce n'est pas la sœur qui fait les pansements, ce sont les externes ; et, s'il y a lieu dans la journée de les renouveler, d'appliquer des cataplasmes, des sangsues... » (*Rires et exclamations à droite.*) Il parait, messieurs, que cela vous étonne qu'on soigne les malades dans les hôpitaux — « ... c'est alors l'infirmier ou l'infirmière qui se substituent à l'externe ; la cuillerée de potion qu'il faut donner d'heure en heure, c'est l'infirmier qui l'administre ; s'il faut changer un drap souillé, laver un malade, c'est encore l'infirmier qui intervient ; la religieuse est la surveillante générale : elle fait la répartition des aliments que distribuent les infirmiers ; elle règle les rapports avec la lingerie, veille au maintien de l'ordre et de la discipline de la salle... Le service direct des malades est fait par des laïques. »

Cela a été fait de tout temps, et je ne veux pas citer à M. Després les nombreux hôpitaux de Paris, la Salpêtrière, le Midi et d'autres, au nombre de sept, qui ont été de tout temps desservis par des infirmières laïques, sans que jamais on ait eu à se plaindre d'elles. Je puis lui citer l'opinion du docteur Gérin-Roze, médecin de Lariboisière, qui a été le premier à rendre hommage aux services rendus par les laïques, à leur dévouement, même dans les cas d'épidémie de diphtérie. Au lendemain de maladies qu'elles avaient contractées, elles revenaient, aussi courageuses que les autres, soigner les malades.

Je puis vous citer encore l'opinion de M. Husson, ancien directeur de l'Assistance publique pendant les dernières années de l'Empire. Le passage que je vais vous lire est extrait des Mémoires du baron Haussmann, qui s'exprime ainsi :

« A l'Assistance publique, M. Husson apporta ses qualités d'application, d'ordre méthodique, d'investigations détaillées. Mais je dus contenir son zèle de réforme à l'endroit des sœurs hospitalières, auxquelles il reprochait de coûter trop cher, bien que mal payées (150 fr. chacune), à cause de leur nombre exagéré, du temps qu'elles passaient aux exercices religieux dans leurs communautés, des aides qu'il leur fallait pour tout, de leur tendance au gaspillage, et, grief beaucoup plus grave, de tenir souvent trop peu de compte des prescriptions médicales pour agir à leur tête. « Je suppose que, s'il eût été le maître, on aurait assisté dès lors à quelque essai de laïcisation. »

Si le directeur de l'Assistance publique, M. Husson, manifestait, sous l'Empire, de tels sentiments, c'est qu'il ne s'agissait pas, en l'espèce, d'une question politique, mais d'une question de bon ordre et de discipline. De tout temps, à toute époque, ces mêmes querelles se sont produites. Si vous vous reportez aux notes relatives à l'Hôtel-Dieu, aux Archives, vous retrouverez la trace de ces luttes continuelles entre les sœurs et les laïques : on reproche aux sœurs de perdre leur temps au chevet des malades, en prenant pour chacune d'elles deux ou trois serviteurs ou convalescentes ; de sorte qu'à un moment donné, pour 80 sœurs il y avait 200 serviteurs qui vivaient sur le compte des malades.

M. ENGERAND. Vous aurez bien de la peine à faire croire cela (1).

M. CALVINHAC. Cela est consacré par des arrêts du Parlement. (*Rires ironiques à droite.*)

Je ne sais pas si vous les acceptez, mais ce sont assurément des documents authentiques. On allait plus loin encore, et la laïcisation fut demandée à plusieurs reprises. A la suite de réclamations soulevées maintes fois, soit par les médecins, soit par les bureaux hospitaliers ou par les commissions nommées par le Parlement, on leur interdisait — tellement elles excitaient de défiance — de prendre de la viande crue, sous prétexte qu'elles la vendaient et s'appropriaient ainsi la nourriture des malades. Elles ne pouvaient pas non plus recevoir de sucre autrement qu'en présence de l'inspecteur qui le mettait dans les bassines et attendait qu'il fût fondu, parce que, assurait-on, elles le vendaient aussi.

Tels sont les faits qui de tout temps se sont passés et ont été affirmés ; et aujourd'hui, messieurs, que fait-on ? On a institué des infirmières laïques, non pas par désir de persécution religieuse, mais parce qu'elles apportent une instruction plus grande ... (*Exclamations à droite. — Approbation à gauche.*)

Messieurs, je veux vous épargner les citations, aussi bien celles des médecins des hôpitaux de Paris, comme le professeur Grancher, que celles des médecins de Lyon, comme le professeur Augagneur. Mais il y a un fait bien certain, c'est celui dont on se plaint le plus, c'est que les sœurs n'ont aucune espèce d'instruction technique ... (*Exclamations à droite.*) Vous pouvez dire : Ah ! — Ceux qui ont été dans les hôpitaux le savent de la façon la plus absolue. — *A droite.* Ce n'est pas l'avis de M. Després.

M. CALVINHAC. Et où auraient-elles pu prendre cette instruction technique ?

M. DE BAUDRY D'ASSON. Elles ont autant d'instruction, et elles ont le dévouement en plus (2).

M. CALVINHAC. Jamais vous n'avez vu une sœur faire un bandage !...

M. DE BAUDRY D'ASSON. Comment ! vous dites que les sœurs ne savent même pas mettre un bandage aux malades ! Je proteste énergiquement, moi qui me suis cassé la jambe. (*Très bien ! très bien ! à droite.*)

M. CALVINHAC. Je n'ai jamais nié qu'il n'ait pu se trouver une sœur pour faire un pareil pansement...

M. DE BAUDRY D'ASSON. Ne comparez jamais le dévouement ni même l'instruction des laïques au dévouement et à l'instruction des sœurs.

M. CALVINHAC. J'affirme, et je viens de vous lire à cet égard les déclarations de M. le professeur Le Fort, que dans les hôpitaux les sœurs ne font que surveiller les pansements. Il est certain que les infirmières suivent des cours techniques, qui sont au nombre de sept et que beaucoup d'étudiants en médecine trouveraient certainement profit à suivre, ceux aussi, au point de vue de la petite chirurgie, de la petite pharmacie, de l'hygiène et des soins à donner aux femmes en couches. Cela me rappelle qu'à Bourg, quand on a fondé la maternité, on a été obligé de prendre des laïques, parce qu'on n'a pas pu trouver des religieuses qui voulussent remplir les fonctions d'infirmières.

M. Jules DELAHAYE. Il y a des ordres religieux spéciaux pour cela.

M. CALVINHAC. Je n'ai donné ces explications que pour répondre aux accusations qui ont été lancées par M. Després contre les infirmières laïques. Je termine par ce simple document, qui a trait au budget de l'Assistance publique. M. Després a dit que les laïques coûtaient beaucoup plus cher que les religieuses.

M. DESPRÉS. Elles coûtent quatre fois plus.

M. CALVINHAC. Voici les termes mêmes du rapport de M. Risler, rapporteur du conseil de surveillance de l'Assistance publique.

M. DESPRÉS. Lisez tout !

M. CALVINHAC. Je lirai tout!

« Il est de bon ton d'affirmer que la laïcisation a été la ruine de nos finances et de ne pas admettre que les charges de l'Assistance publique deviennent d'année en année plus considérables par suite du développement et de l'amélioration des services hospitaliers, comme du nombre des journées de malades qui progresse proportionnellement à l'augmentation constante et rapide de la population parisienne.

« La charge réelle qui résulte pour le budget hospitalier de la laïcisation se monte au chiffre de 258,029 francs.

« Soit pour la différence des traitements	191.710
« Pour les pensions de retraite accordées aux sœurs.	66.319
Chiffre égal.	258 029

« Il y a lieu de remarquer que la dépense de 66,319 fr. pour pensions ira en diminuant (elle n'était plus en 1888 que de 57,696 fr. 59 c.), et finira par s'éteindre. Il faut remarquer également que 391 religieuses ont été remplacées par 452 surveillantes laïques, et qu'ainsi l'on a pu assurer le service permanent des veilles en remplacement des rondes à longs intervalles, et donner satisfaction aux désirs souvent exprimés par les médecins d'avoir à la tête de leur service une surveillante qui en serait exclusivement chargée.

« Mais cette dépense de 258,029 francs est atténuée surtout par la suppression des aumôniers, dont le traitement et les indemnités diverses s'élevaient au chiffre de (1) 140.800
tandis que les abonnements avec les paroisses ne coûtent aujourd'hui que 19.800
d'où une économie réelle de. 121.000

« En définitive, la charge annuelle résultant de la laïcisation se chiffre par 138,029 francs (258,029 — 121,000) (2).

« Quant aux dépenses faites pour la transformation des locaux des communautés en logements, elles se sont élevées à 504,178 francs 84 ; mais il faut ajouter aussi que le départ des communautés a laissé libres des locaux qui, moyennant une faible dépense, ont pu être transformés en services de malades. Cette dépense de 504,178 fr. 84 a du reste été une dépense une fois faite, et tout au moins pourrait-on, pour établir une comparaison, la transformer en charge annuelle de loyer. En calculant l'intérêt de cette somme de 504,178 fr. 84 à 5 p. 100, nous trouvons en chiffres ronds 25,200 fr., qui, ajoutés aux 137,029 fr., chiffre cité plus haut, donnent un total de 162.229
sur lequel, nous le répétons, il y a encore une pension servie aux sœurs pour 86.400

« Reste au total une dépense annuelle de 95.829

« Cette somme, comparée aux seules dépenses des services hospitaliers du budget de 1891, 24,448,970 fr., représente à peine 1/2 p. 100 de la dépense totale. »

C'est ainsi que s'exprime le rapporteur de l'Assistance publique. Il faut y joindre l'économie que vous faites sur les journées d'hospitalisation et sur la nourriture des malades, dont vous pouvez trouver le détail dans le budget.

Si vous le niez, monsieur Després, je vais vous donner les chiffres (*Non ! non ! à droite*). Les voici : 70 centimes par jour et par malade ; l'économie est donc considérable. Que vous le vouliez ou que vous ne le vouliez pas, si vous mettez de côté toute espèce de parti pris, si vous ne vous préoccupez que de l'intérêt des malades, ayant à juger entre des infirmières qui sont sous le contrôle direct des médecins et des administrateurs de l'hospice, et d'autres qui peuvent disparaître sans que l'administrateur de l'hospice soit consulté, sans qu'il sache même leur nom, qui ne dépendent ni de lui ni du médecin, mais seulement de leur supérieure confessionnelle, vous reconnaîtrez que le docteur Bourneville, notre ancien collègue, en créant les écoles d'infirmières, a rendu un grand service et que le conseil municipal de Paris a eu raison, au nom de Paris et de ses malades, de faire ce qu'il a fait. (*Applaudissements à gauche. — Aux voix ! aux voix ! la clôture !*)

M. EMILE FERRY. Je demande la parole contre la clôture.

M. LE PRÉSIDENT. Vous avez la parole contre la clôture.

M. CHAUTEMPS. Je demande la parole.

M. EMILE FERRY. Messieurs, voilà trois heures durant que nous entendons toutes sortes de détails qui touchent l'Assistance publique ou la personnalité de notre collègue M. Després. J'estime qu'il est temps d'en finir avec la question.

---

(1) Le doute n'est pas permis à cet égard. Il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les *Documents* publiés par M. Brièle, archiviste de l'Hôtel-Dieu, ou de se reporter aux publications que M. Rousselet a faites dans ce journal en 1887-1888 et qu'il a réunies en un volume très curieux intitulé : *Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu de Paris*, relatives à la lutte des administrateurs laïques contre le pouvoir spirituel, *aux abus et désordres* commis *par les Religieuses et les Chapelains*, de 1505 à 1789.

(2) Nous pourrions citer des hôpitaux où les religieuses n'ont qu'une « orthographe de cuisinière », pour employer les expressions d'un ancien directeur d'hôpital, ou même savent à peine lire, comme il y en avait récemment encore des exemples à l'hôpital de Berck.

(1) Au budget de 1879, il était inscrit, pour le traitement de 36 aumôniers, une somme de. 67.800
de plus, pour porter au taux réglementaire le minimum du casuel des aumôniers un crédit de. 28.000
enfin, il y a lieu d'ajouter le loyer, le chauffage, l'éclairage, représentant réglementairement 1,250 fr. par personne, soit pour 36 aumôniers. 45.000
Total. 140.800

(2) Ce chiffre doit même être abaissé et ramené à 80.000 francs si l'on diminue les dépenses entraînées par la création de nouveaux services : pavillons d'opération, p. d'isolement pour les maladies contagieuses, etc., etc.

Une voix à gauche. Eh bien alors?

M. EMILE FERRY. M. le docteur Desprès nous a apporté l'historique de la laïcisation. . (*Nouvelles interruptions*.)

M. LE PRÉSIDENT. Monsieur Ferry, je dois vous rappeler que vous n'avez la parole que contre la clôture.

M. EMILE FERRY. Dans tous les cas, je demande qu'on ne la prononce pas immédiatement. Je prie la Chambre de m'accorder trois minutes. (*Assez ! assez ! — La clôture !*)

M. LE PRÉSIDENT. Je vais consulter la Chambre.

(La clôture de la discussion, mise aux voix, est prononcée).

M. LE PRÉSIDENT. M. le ministre de l'intérieur fait connaître que le Gouvernement accepte l'ordre du jour pur et simple. L'ordre du jour pur et simple a toujours la priorité. Je le mets aux voix.

M. LE PRÉSIDENT. Voici le résultat du dépouillement du scrutin :

Nombre des votants.	529
Majorité absolue.	265
Pour l'adoption.	353
Contre.	176

La Chambre des députés a adopté. (*Exclamations en sens divers*.)

Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier la valeur de l'argumentation de M. Desprès. Quant à nous, nous nous bornerons à leur rappeler que la réforme que nous avons poursuivie avait, en outre du point de vue politique, pour but principal de doter les hôpitaux de notre pays d'un corps d'infirmiers et d'infirmières instruites, en mesure d'être des auxiliaires capables et obéissants des médecins, imitant en cela ce qui existe depuis plus d'un demi-siècle en Angleterre, en Allemagne, en Autriche, aux Etats-Unis, en Suisse, etc. C'est là un point de vue capital que nos adversaires ont trop souvent laissé de côté, et à dessein. B.

VARIA

Le Choléra.

Choléra au Japon. — M. le Dr Proust a communiqué, au dernier Comité consultatif d'hygiène publique de Paris, des renseignements sur l'épidémie de choléra qui sévissait au Japon depuis le mois de juin dernier. La maladie a débuté à Nagasaki, puis s'est répandue peu à peu dans la plupart des provinces de l'Empire. Aujourd'hui elle a presque cessé d'être. D'ailleurs, le choléra fait, chaque année, son apparition au Japon, causant la mort d'un nombre de personnes plus ou moins considérable. Les épidémies les plus sérieuses ont été celle de 1879, qui survint immédiatement après la guerre des provinces du Sud et celle de 1886 ; l'année actuelle ne vient qu'en quatrième ligne, à compter depuis 1877, époque à laquelle remontent les premières statistiques exactes. C'est généralement sur la population indigène que le choléra exerce ses ravages. Le nombre des Européens qui se sont trouvés atteints a toujours été très petit. Dans l'épidémie récente, on n'a eu à constater aucun cas parmi les résidents étrangers ; mais les navires de guerre ou de commerce, dans les différents ports, ont perdu environ une cinquantaine de personnes. Au reste, comme les années précédentes, le gouvernement japonais avait pris toutes les mesures de préservation possibles, et il faut reconnaître que son service sanitaire est parfaitement organisé sous ce rapport.

Choléra en Espagne. — M. le Dr Proust a lu ensuite un rapport de M. le Dr Bide, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis-des-Français, à Madrid, sur les origines du choléra qui a sévi l'an dernier en Espagne. Ce rapport conclut que l'épidémie qui a sévi en Espagne depuis le mois de mai 1890, est le choléra morbus asiatique, lequel n'est pas né sur place, mais semble avoir été importé.

Clinique française. Hospitalisation internationale.

L'assistance médicale aux étrangers n'ayant pas été prévue par l'administration, un groupe de médecins vient de fonder, au prix de sacrifices personnels, un établissement destiné : 1° à hospitaliser, dans la mesure de ses moyens, les indigents de toutes nationalités ; 2° à leur donner des consultations gratuites ; 3° à faire un enseignement pratique sur toutes les branches de l'art médical. Des cours d'une durée de deux mois seront faits pendant toute l'année scolaire.

Cet établissement répond à un besoin humanitaire et comble un desideratum en jetant à Paris les bases d'un hôpital international. La Société d'Assistance médicale aux étrangers s'est déjà assurée le concours d'un grand nombre de notabilités françaises et étrangères. (*Note communiquée*).

Question de M. Georges Berry sur la laïcisation des services de l'Assistance publique. — Adoption d'un ordre du jour de M. Navarre.

Dans sa séance du 29 octobre dernier, le Conseil municipal a discuté de nouveau la question de la laïcisation des hôpitaux de Paris. On sait que, en dehors des fondations et de l'hôpital de Berck-sur-Mer, il ne reste plus que deux hôpitaux à laïciser : l'Hôtel-Dieu et l'hôpital Saint-Louis. M. G. Berry, plus modeste que M. Desprès, s'est borné à défendre la proposition suivante : « L'Administration de l'Assistance publique est invitée à rappeler les sœurs dans les hôpitaux d'enfants. »

La discussion à laquelle ont pris part MM. G. Berry, Peyron, directeur de l'Assistance publique, Alpy, A. Humbert, Ch. Longuet et Prudent Dervilliers s'est terminée par le vote de l'ordre du jour suivant déposé par M. le Dr Navarre :

« Le Conseil délibère : M. le directeur de l'Assistance publique est invité à faire diligence auprès de l'administration supérieure pour obtenir une prompte solution du conflit soulevé par la laïcisation de l'Hôtel-Dieu et de Saint-Louis, et à poursuivre la laïcisation de tous les services de son administration. »

Le scrutin auquel il est procédé sur la proposition de M. Navarre donne les résultats suivants :

Nombre de votants. . .	61
Majorité absolue	31
Pour	50
Contre	11

Le Conseil a adopté. (Nouveaux applaudissements.)

Ont voté pour : MM. Bassinet, Pierre Baudin, Blondel, Boll, Bompard, Paul Brousse, Cattiaux, Caumeau, Chauvière, Collin, Darlot, Delhomme, Deligny, Prudent Dervilliers, Deschamps, Dubois, Faillet, Foussier, Gaufrès, Hattat, Alphonse Humbert, Alfred Lamoureux, Lampué, Lavy, Levraud, Charles Longuet, Arsène Lopin, Louis Lucipia, Lyon-Alemand, Marsoulan, Maury, Morane, Opportun, Patenne, Charles Péan, Petitjean, Albert Pétrot, Piperaud, Réties, Emile Richard, Rouanet, Rousselle, Sauton, Simoneau, Strauss, Stupuy, Thuillier, Vaillant, Paul Viguier, Vorbe.

Ont voté contre : MM. Alpy, Georges Berry, Maurice Binder, Caplain, Deville, Ferdinand Duval, Froment-Meurice, Lerolle, Odelin, Quentin-Bauchart, Riant. — Excusé : M. Gamard.

Nous espérons que M. Peyron ne tardera pas à soumettre ce vœu à son Conseil de surveillance. Il sait qu'il trouvera aisément tout le personnel dont il a besoin pour cette opération.

Les Dépôts mortuaires.

M. Mesnant, directeur des affaires municipales, vient d'adresser la lettre-circulaire suivante aux médecins du bureau de bienfaisance du XVIIIe arrondissement.

Paris, le 27 décembre.

Monsieur le Docteur,

A l'occasion de l'ouverture du dépôt mortuaire municipal établi à titre d'essai dans les dépendances du cimetière du Nord, rue de Maistre, 17, je crois devoir appeler votre attention sur cette institution et sur les services qu'elle est appelée à rendre à la population peu aisée. Il arrive trop souvent à Paris, et vous avez pu le constater vous-même dans l'exercice de votre ministère, que lorsqu'un décès se produit dans un domicile composé d'une chambre unique, les membres survivants de la famille sont obligés de rester dans la même pièce que le cadavre, d'y manger, d'y dormir pendant le temps qui sépare le décès de l'inhumation.

Cette promiscuité, déplorable au point de vue hygiénique, alors même que le décès n'est pas dû à une maladie contagieuse, est, en outre, une torture pour des familles déjà cruellement éprouvées par la fatigue des soins donnés pendant la maladie, et que l'espoir de la guérison ne soutient plus. C'est pour mettre un terme à cette douloureuse situation que le dépôt mortuaire a été inauguré : la commune, dans une pensée d'humanité et d'hygiène, offre au défunt, depuis le moment du décès jusqu'à celui des funérailles, une hospitalité décente, et un domicile provisoire auquel s'accompliront toutes les formalités légales qui précèdent les funérailles (constatation du décès, mise en bière, etc.) et d'où partira, au jour fixé par le Maire, le convoi funéraire.

Cet organisme, qui fonctionne depuis plusieurs années à Bruxelles et dans d'autres villes de l'étranger, dont la population l'apprécie

chaque jour davantage, manquait à Paris où, dès 1879, la Société de médecine publique en signalait le besoin et en demandait la création. Mais jusqu'à une époque récente, la législation en vigueur semblait interdire l'établissement de dépôts mortuaires. Le règlement d'administration publique du 27 avril 1889 a tranché cette difficulté, en autorisant expressément la création de chambres funéraires et en déterminant les conditions de leur établissement.

La question légale étant ainsi résolue, le Conseil municipal, d'accord avec l'Administration, a décidé d'appeler la population parisienne à profiter des mêmes avantages que Bruxelles ou Londres, pour le dépôt des cadavres, pendant l'intervalle compris entre le décès et l'inhumation. La délibération du 21 juillet 1890, approuvée par arrêté préfectoral du 28 juillet suivant, a prescrit l'établissement, à titre d'essai, de deux dépôts mortuaires, l'un au cimetière du Nord, l'autre au cimetière de l'Est.

Le premier, ouvert depuis le 15 décembre courant, est destiné, provisoirement, à recevoir les corps des personnes décédées sur le 18e arrondissement. Il est essentiel, pour l'avenir de l'institution nouvelle, que son existence et son fonctionnement soient connus de la partie de la population qui est appelée à en profiter. Nul n'est plus à même que les médecins des bureaux de bienfaisance de contribuer à ce résultat si désirable, en répandant autour d'eux, dans les familles nécessiteuses où leurs fonctions les font pénétrer, des notions exactes sur l'institution nouvelle.

J'espère, Monsieur le Docteur, que vous voudrez bien prêter votre concours à l'œuvre de bienfaisance et d'humanité instituée par l'Administration municipale, en ne manquant pas l'occasion de dissiper les préjugés irréfléchis ; de renseigner exactement sur le but, les avantages et le fonctionnement de l'institution nouvelle; de démontrer que, d'une part, par l'exclusion absolue des cadavres de personnes mortes par suite de maladies transmissibles, toute apparence de danger de contagion est supprimée ; que, d'autre part, le respect des morts, si profondément enraciné dans l'esprit de la population parisienne, n'a rien d'incompatible avec le transport du corps dans une chambre où il reposera seul, veillé pendant le jour par sa famille, et d'où il partira le jour des funérailles, de la même manière et avec le même cérémonial que du domicile mortuaire.

Je connais trop, Monsieur le Docteur, l'esprit éclairé et le dévouement au bien public du corps médical parisien, pour douter de votre zèle à répandre ces notions exactes sur l'institution nouvelle et du succès de vos efforts.

Agréez, Monsieur le Docteur....

Pour le Préfet, et par autorisation, le Sous-Directeur chargé des Affaires municipales, A. MENANT.

Exercice illégal de la médecine (*Somnambules*).

L'affiche suivante avait, dans ces derniers temps, été apposée à profusion sur les murs :

Consultations pour recherches, maladies et renseignements données par Madame L..., 3, boul..., et par Madame A..., du même boulevard, tous les jours, de 9 heures du matin à 6 heures du soir et par correspondance. Séances magnétiques pour les Malades aux heures convenues.

Or, ces dames ne sont qu'une même personne, qui est... M. Fr... Ch..., qui, devant ses naïfs clients, était censé endormir une fille L... F..., ex-cuisinière. Celle-ci, pendant son sommeil, indiquait les ordonnances à prescrire. On a saisi chez Ch... les trois remèdes qui constituent le fond de sa médication. L' « élixir de santé » et « le vin tonique » sont des liqueurs hygiéniques et non médicamenteuses. Mais « la pommade des trois curés » est un médicament. Le cabinet de consultations était, d'ailleurs, très achalandé. Le magnétiseur, qui était inculpé d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, reconnait les faits ; la somnambule déclare ne pouvoir affirmer ce qu'elle ordonnait ou faisait dans son sommeil, et le tribunal condamne chacun des inculpés à 15 fr. d'amende. Le magnétiseur est, de plus, condamné à 500 fr. d'amende.

Le médecin qui a commencé à donner ses soins à un malade a le droit de cesser ses visites et de réclamer ses honoraires qui lui sont dus (1).

Un docteur en médecine est appelé auprès d'un malade qu'il visite trois fois ; après la troisième visite, il prévient l'entourage du malade que la situation de ce dernier est désespérée et que, par suite, il ne croit pas devoir prolonger des visites inutiles. Au nom du malade, on n'insiste pas, on ne redemande pas le docteur X..., mais on fait appeler un autre confrère. Le malade guérit. M. le docteur X..., ayant réclamé vainement au malade les honoraires à lui dus pour les trois visites qu'il avait faites, a assigné ce client devant la Justice de paix du canton de St-Denis (Seine). A l'audience du 21 novembre dernier, M. Deleau, Juge de paix, a rendu le jugement suivant :

Attendu que le docteur X ... réclame à V... neuf francs pour trois visites ;

Attendu que V... ne conteste ni le nombre ni le prix de ces visites ; qu'il prétend seulement que X..., qui avait commencé à lui donner des soins, n'avait pas le droit de ne pas les continuer, et qu'en renonçant à venir le voir il renonçait aux honoraires de ses premières visites ;

Attendu qu'il résulte des explications des parties que le docteur X..., après la troisième visite, croyant la situation de V... désespérée avait averti qu'il ne jugeait plus utile de revenir, qu'il y a dans ce fait une délicatesse de conscience que V... parait méconnaître et à laquelle il faut rendre hommage ;

Attendu, en droit, que le ministère du médecin n'est pas obligatoire, sauf en certains cas prévus par le Code d'instruction criminel et le Code pénal ; que X... avait donc le droit de ne pas continuer ses visites chez V... ; qu'on ne peut même pas dire qu'il ait refusé ses services, puisque V... ne l'a pas redemandé ; que, dans ces circonstances, la demande de X... est pleinement justifiée ; Par ces motifs, condamne V... à payer au docteur X... neuf francs pour les causes sus-relatées avec intérêts et dépens.

(1) La *Semaine médicale*, 13 déc. 1890.

Académie de Médecine de Paris.

Renouvellement partiel des commissions permanentes pour 1891. — *Epidémies* : MM. Leblanc et Cadet de Gassicourt. — *Eaux minérales* : MM. Proust et Robin. — *Remèdes secrets* : MM. Lereboullet et Planchon. — *Vaccine* : MM. Terrier et Dieulafoy. — *Hygiène de l'enfance* : MM. Lagneau et Budin.

Rectification. — L'Académie de médecine a inséré la rectification suivante dans son *Bulletin* (23 décembre 1890, p. 826), afin de faire droit à la réclamation de M. Roussy : « M. le Dr Roussy, lauréat du prix Perron, en 1890, demande que le titre de son mémoire récompensé, mentionné pages 776 et 799, soit complété comme il suit : *Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre*. Théorie générale sur la nature et les rôles physiologique, pathogène et thérapeutique des diastases ou ferments solubles. »

Le Sorcier d'Arles-sur-Tech.

Un fait inouï vient de se produire dans une petite commune, à Serralongue (cant. de Prats-de-Mollo, arr. de Céret, Pyr.-Orient.). Le 11 décembre dernier, un chien hydrophobe mordait au poignet le jeune Fr. Ll., âgé de cinq ans. Le père avertit le maire de Serralongue et fit appeler immédiatement un sorcier (*saloudadou* en catalan) d'Arles-sur-Tech, à qui il payait un abonnement. Dans beaucoup de communes ces sorciers ont un grand nombre de pratiques qui ont une foi absolue dans leur puissance. Aussi le maire de Serralongue n'a-t-il pas hésité à dire qu'il s'en référait, pour le cas qui nous occupe, à ce que dirait le *saloudadou* (1). Celui-ci fit enfermer l'enfant mordu par le chien enragé dans une chambre où l'obscurité était complète ; il fut privé de manger de la viande, de boire de l'eau. Lorsque le jeune Ll. était obligé de sortir pour satisfaire un besoin naturel on lui enveloppait totalement la tête avec une espèce de capuchon fabriqué pour la circonstance, on l'accompagnait et, lorsqu'il avait fini, on le réintégrait au plus vite dans sa prison. Jour et nuit l'enfant était gardé par un membre de sa famille, d'où il en résulte qu'il y avait deux prisonniers au lieu d'un. Ce supplice devait durer ainsi pendant quarante jours. Mais l'affaire transpira et parvint aux oreilles de la gendarmerie qui, le 20 décembre dernier, commença une enquête et prévint l'autorité compétente. Le 24 décembre, M. P..., vétérinaire, procéda à l'autopsie du chien et reconnut qu'il était atteint d'hydrophobie. Averti du supplice que l'on infligeait au jeune Ll., il intima l'ordre de faire cesser la quarantaine imposée par le sorcier et de changer les conditions hygiéniques du pauvre patient. Mais, sitôt le vétérinaire parti, le régime imposé par le sorcier fut de nouveau rigoureusement suivi. Le vétérinaire en ayant été prévenu a adressé un rapport à l'administration qui a donné ordre de faire cesser la situation odieuse dans laquelle se trouve le pauvre enfant.

(1) Disons ce qu'est un *saloudadou*. D'après la version populaire, pour obtenir ce titre, il faut être le septième enfant mâle de la même famille sans interruption de fille. En naissant, le *saloudadou* porte déjà sur une main un signe naturel qui donne certains pouvoirs. Il passe pieds nus sur une barre de fer rougie à blanc sans se brûler. Il peut y passer aussi sa langue. Son souffle est tellement puissant qu'il peut éteindre un incendie ou un four de boulanger. Au moyen de signes ou oraisons diaboliques, les *saloudadous* bénissent le pain, et une fois qu'on en a mangé, aucun chien enragé ne peut jamais vous mordre, etc. Enfin, d'après cette stupide légende, les malheureux mordus par des animaux atteints de la rage sont toujours guéris par eux.

Le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch.

Le Dr Merveille terminait ainsi un article de la *Gazette médicale* de Liège, le 25 décembre dernier :

« Résumons-nous. Il est regrettable, nous semble-t-il, que Koch se soit laissé faire violence et ait parlé avant le moment qu'il s'était fixé. Il est plus regrettable encore que, après s'être décidé à faire une communication publique sur ses travaux, il ne l'ait pas faite complète et ait permis au gouvernement prussien de chercher à exploiter sa découverte. Notre voix est bien peu de chose, mais nous ne doutons pas que bientôt un concert de protestations s'élève de tous les pays du monde contre les procédés cosaques et mercantiles des ministres allemands. Nous ne doutons pas que l'illustre Koch, qui s'est laissé surprendre avec la naïveté propre aux savants, ne comprenne bientôt ce qu'il y a d'antiscientifique et d'antihumanitaire à lancer dans le monde un remède absolument secret. La lumière la plus complète doit se faire au plutôt sur la composition du remède de Koch, car c'est alors seulement qu'il pourra devenir fécond en résultats, en bienfaits pour l'humanité, et nous voulons croire que le jour où elle luira brillante, éclatante, ne tardera pas à se lever.

Le traitement de la tuberculose chez les charlatans.

(*Une intéressante interview de M. Mathieu* dit d'Estissac.)

Mon ami, M. le Dr M. de Fleury, ancien interne des hôpitaux, a eu récemment l'excellente idée d'aller interviewer M. Mathieu, jadis d'Estissac, aujourd'hui de Paris, qui a désormais une clinique rue de la Boétie et gagne 2,000 fr. par jour ! Je détache le passage suivant du récit de son entretien avec l'émule de Koch.

« M. Mathieu m'avoue qu'il ausculte peu ses malades. A quoi bon ?... Ils disent aller mieux, et cela lui suffit. Du reste, son remède n'est pas bon seulement pour la tuberculose. Il guérit aussi le cancer, les névralgies, que sais-je encore ? Alors je lui demande s'il consentirait à révéler la formule chimique de son remède. Je lui apprends qu'il y a à l'Académie une commission des remèdes nouveaux et secrets. Et il s'indigne de nouveau à l'idée de l'Académie. « Du reste, me dit-il, mon remède est connu. Je n'en fais point mystère : une revue scientifique (???), les *Annales d'électro-dosimétrie*, en a publié la formule. Cherchez bien, vous la trouverez. Quant à l'action de mon médicament, voici ma théorie : on fait les inoculations en surface, autant que possible, et au niveau des lésions ; il s'établit aussitôt un courant, de nature électrique probablement, et ce courant améliore aussitôt le malade. Du reste, voici un flacon qui en renferme quelques grammes. Faites-le analyser et vous n'y trouverez rien. Je vous jure cependant que ce n'est pas de l'eau pure.

J'ai quitté M. Mathieu, enchanté de sa courtoisie. Je suis allé compulser les *Annales d'électro-dosimétrie*, et voici ce que j'ai trouvé. Je copie textuellement :

FORMULE N° 5 DE M. MATHIEU POUR LA TUBERCULOSE.

Electricité verte.	30	globules
Pectoral^{2}	30	—
P^{4}.	20	—
P^{1} et ^{2} ââ.	10	—
$C^{3\ 4\ 10}$ ââ.	10	—
Fébrifuge$^{1\ 2}$ ââ.	5	—
A^{1}, A^{4}, ââ.	5	—
Vermifuge$^{1\ 2}$ ââ.	5	—
S^{1}, S^{2}.	5	—

Et voilà. Il appelle cela révéler sa formule ! »

Mon confrère et ami s'abuse peut-être : Le client doit trouver cela très clair, puisque nous n'y comprenons rien. Ainsi va le monde. M. B.

La suggestion et l'hypnotisme devant les tribunaux.

Au cours du trop célèbre procès Eyraud-Bompard, les doctrines régnantes sur la suggestion, l'hypnotisme, etc., se sont trouvées aux prises devant les tribunaux.

M. le Dr Liégeois, de la Faculté de droit, portant la bannière de l'Ecole de Nancy, à la place de M. Bernheim, empêché, a exposé pendant plusieurs heures ses idées personnelles. M. le Pr Brouardel, défendant l'Ecole de la Salpêtrière, lui a répondu. Etait-ce bien le lieu propice à semblables escarmouches ? « Oui, d'après l'Ecole de Nancy. Puisqu'à l'Académie personne ne veut nous entendre, tous les endroits sont bons, répond-elle, et nous avons profité à dessein de la belle occasion qui s'offrait. »

Quoi qu'il en soit, le discours un peu raide de M. Quesnay de Beaurepaire nous a valu une réponse de M. Bernheim en personne. Décidément, c'est par trop commode : quand un fait vous gêne, il est si simple de le récuser. En voulez-vous un exemple : « On nous a reproché, dit M. le Dr Bernheim, de faire nos expériences sans contrôle scrupuleux, d'être séduits par le goût du merveilleux. M. le Procureur général, allant plus loin, ose dire : « L'Ecole de « Nancy ne procède pas par expérience, mais par affirmation : « *Credo quia absurdum.* » J'oppose à cette assertion un démenti formel. Je n'affirme pas un fait qui ne soit basé sur des centaines d'expériences à contrôle scrupuleux. Ces faits d'ailleurs ne sont pas contestés. »

Nous ne voulons pas ici aborder la question de fond, mais il nous semble que M. le Procureur général a été, lui aussi, un peu trop vite et un peu trop loin ! M. B.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant les mois de novembre et décembre (année scolaire 1890-91).

Collin : Nouvelle théorie sur le mode de production de la contusion générale ; — Martin : Contribution à l'étude des contusions et déchirures du rein ; — Pascal : Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie ; — de Coquet : Des néphrites sans albuminurie ; — de Luzaret : La résection du nerf optique (procédé de de Wecker) comme traitement préventif et curatif de l'ophtalmie sympathique (migratrice) ; — Cornet ; Du traitement intra-utérin et vaginal des Salpingites ; — Mongoin : De la Laryngectomie. Indications, contre-indications, valeur thérapeutique, valeur opératoire, choix du manuel opératoire ; — Réjou : Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins ; — Tardos : Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre ; — Friot : Etudes cliniques sur les aliénés dangereux dits criminels.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 12. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Fournier, Chauffard, Marie.

MARDI 13. — Médecine opératoire : MM. Humbert, Campenon, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Brun. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Gilbert, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Dentu, Schwartz, Maygrier. — (2e partie) ; MM. Debove, Legroux, Quinquaud.

MERCREDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Déjerine, Ricard. — (2e partie) (2e *Série*) : MM. Straus, Kirmisson, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Segond, Jalaguier.

JEUDI 15. — Dissection : MM. Guyon, Humbert, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Bar. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Netter, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. Proust, Hutinel, Quinquaud.

VENDREDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Terrillon, Segond, Ribemond-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Straus, Déjerine, Brissaud.

SAMEDI 17. — 3e *de Doctorat*, oral, (1re partie) : MM. Tarnier, Le Dentu, Campenon. — (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Humbert, Bar. — (2e partie) : MM. Legroux, Gilbert, Chantemesse.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 14. — M. Limperopoulo. Les pulsations hépatiques dans l'insuffisance aortique. — M. Morigny. Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'hématocèle rétro-utérine. — M. Ostwalt. De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétiniennes et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale. — M. Stef. Mercure et grossesse.

JEUDI 15. — M. Terson. Contribution à l'étude de la galvanopuncture dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales chez les enfants. — M. Stcherbanoff. Quelques considérations sur le régime des brightiques.

Enseignement médical libre.

Maladies des oreilles, du larynx et du nez. — MM. les docteurs LUBET-BARBON et ALFRED MARTIN commenceront un nouveau cours particulier sur les maladies des oreilles, du larynx et du nez, le jeudi 15 janvier, à 1 h. 1/2. La durée du cours sera de deux mois. Pour les renseignements s'adresser à leur clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardi, jeudi et samedi, de 1 h. à 5 h.

Conférences d'Internat. — La conférence de MM. Charrier, P. Delagénière, Gastou et de Saint-Germain commencera le samedi 10 janvier, à 3 heures, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Chomel). —

La conférence de MM. Michel, Chibret et Dubrisay commencera le samedi 17 janvier, à 3 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau). — La conférence de MM. Baillet, Leredde, Nicolle et Terson commencera le samedi 10 janvier, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau). — La conférence de MM. Thiroloix, Laffitte, Delbet et Baudron commencera le jeudi 15 janvier, à 3 h. 1/2, à l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Chomel). — La conférence de MM. Guillemin, Boulloche, Rénon et Soupault commencera le samedi 24, à la Charité (Amphithéâtre Gosselin).

Cours pratique de microbiologie. — Le 15 janvier, à deux heures, s'ouvrira, au laboratoire de M. le Pr Cornil, à la Faculté de médecine, un cours pratique de microbiologie. Chaque élève sera exercé individuellement aux manipulations. Se faire inscrire au laboratoire.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr BAILLARGER (Paris).

J.-G.-F. Baillarger, ancien interne d'Esquirol à l'Asile de Charenton, vers 1830, était nommé médecin en chef de l'Hospice de la Salpêtrière à la suite du concours spécial des aliénistes, dont on connaît les fonctions diverses jusqu'à une époque récente. A partir du jour où il exerça ces fonctions, son activité scientifique ne connut plus de repos, car on peut dire que, la veille même de sa mort, survenue le 31 décembre 1890, il se préoccupait encore de tirer parti des matériaux qu'il avait rassemblés.Cette assertion nous est permise, à nous qui l'avons connu et qui avons admiré cette vigueur intellectuelle peu commune chez un vieillard de quatre-vingt-un ans.

Son talent d'investigation s'est successivement appliqué à l'anatomie normale et pathologique du cerveau, à la physiologie des syndromes de la folie, à l'analyse clinique des vésanies et à l'examen judicieux des formes si variées de la paralysie générale. Nous devons à sa mémoire de citer, en les divisant méthodiquement, ses publications. Nous ferons ressortir les découvertes indiscutables du maître.

Les *Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau* (1840) sont classiques ; c'est un travail auquel les auteurs modernes ont certainement ajouté des détails intéressants, sans en détruire le fond. On connaît aussi son mémoire sur le déplissement (*Etendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence*) et sur le *mode de formation du cerveau* (1848).

Baillarger a traité avec succès de la *Classification des différents genres de folie* (1853) ; — de l'*État désigné chez les aliénés sous le nom de stupidité* (1843), mais il s'est révélé clinicien de premier ordre en créant la *folie à double forme* (1854), en étudiant les hallucinations hypnagogiques (*État intermédiaire à la veille et au sommeil influant sur la production et la marche des hallucinations* (1842), les syndromes de dégénérescence (*Influence de la puberté sur la production de la monomanie avec conscience* (1861) ; *quelques considérations sur la monomanie* (1847), en comparant le *délire aigu vésanique au délire aigu paralytique* (1861), en décrivant *l'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales* (1856), en recherchant l'*influence de la menstruation sur la transformation de la manie en délire aigu* (1861).

Au talent d'observateur, il associa les qualités précieuses du critique, dans la *physiologie des hallucinations et leur nature.* Il dégage avec justesse l'élément intellectuel et l'élément sensoriel des hallucinations des cinq sens et fait adopter sa formule des hallucinations sensorielles et des hallucinations psychiques. Appliquant cette notion exacte à la physiologie du délire, il montre l'importance de l'automatisme dans la genèse des troubles conceptuels, dont il attribue l'origine à l'exercice involontaire des facultés (la *théorie de l'automatisme étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque*, 1856).

Si nous insistons à dessein sur les découvertes fondamentales du savant aliéniste français, c'est que les auteurs allemands contemporains, qui du reste se plaisent à citer Baillarger, développent des théories fort ingénieuses, n'ayant en réalité d'autre point de départ que les études de ce dernier. Nous voulons parler, en particulier, des centres d'arrêt et de leur action psycho-pathogène. La multiplicité des travaux de Baillarger nous oblige à nous montrer plus concis et à nous borner à transcrire les titres de ceux qui suivent. Ce sont :

Alimentation forcée des aliénés et emploi d'une nouvelle sonde œsophagienne (1846). — Quelques exemples de folie communiquée (1860). — Hallucination reproduisant des sensations vives antérieures. — Aphasie au point de vue psychologique (1865). — Des faux jugements à l'occasion des sensations (1849). — De la folie à la suite des fièvres intermittentes. — Influence de la première menstruation après l'accouchement sur la production de la folie (1856). — De la diète lactée dans le traitement de la manie et de la mélancolie aigues. — De la démence incohérente et de la démence simple (démence agitée et démence apathique de Griesinger). — Statistique appliquée à l'étude des maladies mentales : ce mémoire est l'exposé des motifs de la création de la Société médico-psychologique. — Médecine légale : des circonstances atténuantes des aliénés (1853) et des épileptiques (1861). — Rapport médico-légal sur une tentative d'assassinat commise par une monomaniaque sur la personne d'un magistrat (1853).

La paralysie générale, à laquelle nous arrivons maintenant, a offert à M. Baillarger une riche moisson. Toutes les questions modernes ont pour devanoières des vues ou des découvertes de l'ancien président de l'Académie de Médecine. Les modalités du délire des paralytiques, et, d'une manière générale, la folie paralytique l'ont eu pour initiateur. En trouvant, par l'anatomie pathologique, la sclérose de la lésion de la substance blanche, on peut dire qu'il a été le précurseur anatomique du faisceau d'association sous-cortical de Meynert. Qu'on en juge d'après les titres.

Délire hypochondriaque comme symptôme et signe précurseur de la paralysie générale (1860). — De l'inégalité pupillaire comme symptôme etc.... (1850). — De l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec la paralysie générale (1861). — De la paralysie générale dans ses rapports avec la pellagre. — Du siège de quelques hémorrhagies meningées (1837).— Sclérose de la substance blanche superficielle des circonvolutions du cerveau dans la paralysie générale. — Sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions de la paralysie générale. — De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes observées chez des déments paralytiques (1858). — Du poids comparé du cerveau et du cervelet dans les démences paralytiques (1886). — De la coloration ardoisée du cerveau dans la paralysie générale et de ses rapports avec les eschares du sacrum. — De la découverte de la paralysie générale et des doctrines émises par les premiers auteurs.— Notes sur la paralysie générale (1849).— Démence paralytique et manie avec délire ambitieux (1858). — Des rémissions de la forme maniaque de la paralysie générale. — De la guérison de la paralysie générale et de la théorie des pseudo-folies paralytiques. — Du délire ambitieux de ces affections organiques locales du cerveau et des maladies de la moelle (1881). — De la folie avec prédominance du délire des grandeurs dans ses rapports avec la paralysie générale (1866). — Des rémissions et de la démence dans certains cas de paralysie générale (1879). — Influence des suppurations sur la guérison de la folie paralytique (1858). — Théorie de la paralysie générale : théorie dualiste, théorie interne.

Enfin il nous est impossible de passer sous silence les recherches sur *le crétinisme*, sa constitution endémique, les rapports avec le *goitre*, et les distributions géographiques des deux éléments morbides.

Ce qu'il y a de merveilleux dans l'ensemble des productions scientifiques de Baillarger, c'est la méthode qui n'a cessé de guider le savant. Qu'il s'agisse de descriptions ou d'opinions d'ailleurs basées sur une observation attentive, en toutes circonstances M. Baillarger suit un fil conducteur matériel. C'est ainsi seulement qu'en médecine on peut espérer aborder un jour le mécanisme de manifestations dont la nature nous échappe. Aussi nous permettra-t-on de dire, en terminant, que la sphère d'activité de Baillarger, pour nous servir d'une expression chère aux étrangers, était une sphère d'activité brillante. Par lui-même et par la fondation des *Annales médico-psychologiques* (1842), ainsi que de la Société du même nom (décembre 1847), il avait pu, en rayonnant, grouper des travailleurs : il se survivra ! Dr P. Keraval.

M. le Dr G.-R. PÉCHOLIER (Montpellier).

M. le Dr Georges-Raymond Pécholier (de Montpellier) est décédé le 28 décembre 1890, à l'âge de 61 ans. Ses obsèques ont eu lieu le 30 décembre, au milieu d'un grand concours de notabilités appartenant à l'Université de Montpellier. Né à Layrac (Lot-et-Garonne), le 30 juin 1830, Il étudia à Montpellier et fut reçu docteur en médecine en 1856, il était agrégé à la même Faculté en 1837. Il fut, deux ans plus tard professeur à Alger où il resta jusqu'en 1860. Il revint ensuite à Montpellier. Lorsque la chaire de thérapeutique devint vacante à cette Faculté, par suite de la nomination de M. Grasset à une chaire de clinique médicale, malgré la présentation de la Faculté, il ne fut pas nommé professeur. Cet échec avait profondément découragé M. Pécholier qui, dès lors, se lança dans la clientèle. Travailleur infatigable, il avait fondé en 1879, avec son collègue Bourdel, une policlinique d'où sont sortis un certain nombre de travaux de thérapeutique et de clinique interne. Citons entre autres ceux qui roulent sur l'ipécacuanha, le calomel, le tartre stibié, l'alcool, l'opium, la vératrine; plusieurs mémoires sur la fièvre typhoïde et son traitement par les antiseptiques, etc., etc. M. B.

FORMULES

II. — Traitement du rhumatisme chronique.

(Fothergill.)

Acide arsénieux	1 gr. 20
Guaïac en poudre	12 »
Capticum pulvérisé	2 »
Aloès et myrrhe	12 »

M. D. — Pour faire 120 pilules. A prendre une pilule trois fois par jour; en même temps prescrivez une alimentation riche en graisse. (*Med. News*, 16 août 1890, p. 171.)

III. — Injections uréthrales de Salicylate de mercure dans la blennorrhagie.

(A.-G. Silberminz.)

Salicylate de mercure	20 centig.
Eau distillée	180 gr.
Gomme arabique	q. s.

Pour faire émulsion.

S. — Après avoir agité, injectez trois fois par jour deux seringues de *Pravaz*. — N. B. On peut aller jusqu'à une solution de 0 gr. 35 à 0 gr. 55 pour 180 grammes de véhicule; dans les cas de blennorrhagie chronique, on peut se servir dès le début d'une solution de 0 gr. 48 : 150 gr. (*Med. Obozr.*, XXXIV, 1890.)

IV. — Le nez rouge et son traitement (Unna.)

D'après Unna, cette affection est due à l'acné rosacea avec dilatation vasculaire; souvent elle est en relation avec la séborrhée du cuir chevelu qui, elle, doit être combattue par les moyens ordinaires. Quant à l'acné rosacea, qui constitue une incommodité très désagréable, surtout pour le beau sexe, Unna conseille de faire prendre aux malades 50 centigrammes d'ichtyol et prescrit en même temps des lotions avec la même substance en solution aqueuse. On peut encore faire la nuit des applications de la pâte suivante :

Pommade de zinc	20 grammes.
Poudre	5 »
Soufre	2 »

Dans les cas rebelles, il convient de recourir à la ponction des troncs veineux dilatés avec l'instrument d'Hébra; ces ponctions seront répétées deux à trois fois par semaine et les petites plaies seront recouvertes immédiatement de ouate humide. Pour les cas légers et comme traitement supplémentaire, on doit recommander les savonnages répétés avec le savon d'ichtyol, mais ne faire usage que d'eau chaude. (*Echo méd.* de Toulouse, 1er nov. 1890.)

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Pince-scie pour Trépanation ou Crâniotome de M. le Dr Poirier.

M. Poirier, chef des travaux anatomiques à la Faculté, a fait récemment construire, par M. Collin, un instrument destiné à agrandir les pertes de substance osseuse obtenues à l'aide du trépan. Cet instrument, qui est décrit dans le récent ouvrage de cet auteur sur la *Topographie crânio-cérébrale* qui vient de paraître, a reçu le nom de *Pince-scie* ou *Crâniotome*. Il a été spécialement conçu dans le but de réunir rapidement deux ou trois couronnes de trépan et de détacher ainsi d'une seule pièce un lambeau osseux, large et facile à réappliquer. La Figure 4 représente cette pince-scie : le mors inférieur en forme de spatule est introduit dans la boîte crânienne pour l'ouverture faite avec le trépan. Le mors supérieur comprend une pince qui saisit fortement l'os et une scie qu'un ressort applique sur l'os ainsi pincé entre les deux mors de l'instrument. Un levier imprime à la scie des mouvements de va-et-vient et la force du ressort fait pénétrer la scie dans l'os. La scie est double, afin de produire une perte de substance assez large pour laisser pénétrer la partie rétrécie qui relie les deux mors. Les branches du crâniotome sont réunies par la nouvelle articulation de M. Collin, ce qui permet le démontage rapide et le nettoyage facile de cet instrument.

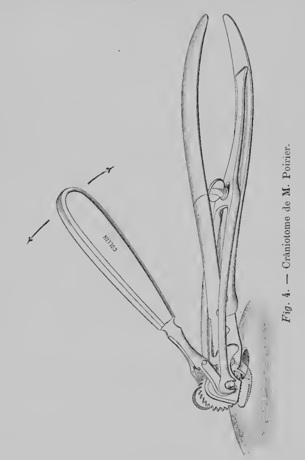


Fig. 4. — Crâniotome de M. Poirier.

N'ayant jamais eu l'occasion d'essayer sur le vivant cette pince-scie, nous ne nous permettrons aucune critique, aucune appréciation. On nous pardonnera de remarquer, toutefois, qu'avec une pince-gouge solide et bien construite on ferait, avec plus de facilité, autant d'ouvrage. Il est vrai qu'on irait moins vite. Et n'oublions pas que le ciseau et le maillet sont des outils merveilleux pour qui sait s'en servir, car il n'est pas encore démontré qu'un martellement modéré du crâne soit aussi dangereux qu'on l'a dit. L'instrument de M. Poirier a surtout un inconvénient, ce nous semble: Il est d'un maniement ennuyeux. Beaucoup, de longtemps, se contenteront encore de la gouge. M. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 28 déc. 1890 au samedi 3 janv. 1891, les naissances ont été au nombre de 1183 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 440 ; illégitimes, 165, Total, 605. — *Sexe féminin :* légitimes, 407 ; illégitimes, 171, Total, 578.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 28 déc. 1890 au samedi 3 janv. 1891, les décès ont été au nombre de 1280 savoir : 631 hommes et 649 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 7, T. 15. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 4, F. 5, T. 9. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 5, T. 9. — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 27, T. 39. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 138, F. 80, T. 218. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 11, T. 29. — Tumeurs

bénignes : M. 0, F. 3, T. 3 — Tumeurs malignes : M. 21, F. 27, T. 49. — Méningite simple : M. 14, F. 10. T. 24. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 37, F. 42, T. 79. — Paralysie : M. 6, F. 4, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5, T. 11.— Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 45, T. 71. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 19, T. 40.— Bronchite chronique : M. 26, F. 43, T. 64. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 36, T. 57. — Pneumonie : M. 48, F. 73, T. 121. — Gastro-entérite, biberon, M. 15, F. 14, T. 29. — Gastro-entérite, sein : M. 4, F. 5, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1.— Débilité congénitale : M. 22, F. 18, T. 40.— Sénilité : M. 16, F. 39, T. 55. — Suicides : M. 10, F. 6, T. 16. — Autres morts violentes : M. 6, F. 2, T. 8. — Autres causes de mort : M. 135, F. 109, T. 244. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 5, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 102, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 37, illégitimes, 24. Total : 61. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 16. Total : 41.

Faculté de médecine de Toulouse. — La semaine dernière se sont terminées les épreuves du concours du clinicat. Deux places étaient vacantes, celles de chef de clinique chirurgicale et de chef de clinique médicale. Les épreuves du clinicat de chirurgie ont été les suivantes : Composition écrite : Artère hypogastrique ; hémostase chirurgicale. Epreuve clinique : Un cas de mal de Pott ; rétroversion utérine et salpingo-ovarite. Médecine opératoire : Désarticulation sous-astragalienne. M. le Dr Bauby a été proclamé élu. — Pour la place de chef de clinique médicale, voici les questions tirées au sort : Composition écrite : Pleurésie et congestion pulmonaire chez un emphysémateux ; accidents hystériques chez un saturnin. Epreuve d'anatomie pathologique : Foie cirrhotique ; néphrite interstitielle. Ce concours, dit la *Gazette des Hôpitaux de Toulouse*, n'a pas donné de résultat par suite d'irrégularités commises. Le jury a soumis les faits à l'appréciation de M. le Ministre.

Ecole dentaire de Paris. — Une subvention de 500 fr. a été accordée par le Conseil municipal à cette Ecole et à l'hôpital qui en dépend.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Externat.* — Voici les dernières questions posées à l'épreuve orale de pathologie depuis notre dernier numéro : *Fractures de la clavicule ; — Technique de l'autopsie des cavités thoraciques et abdominales* (1) ; — *Vaccination contre la variole ; — Symptômes de la pleurésie ; — Fractures de l'extrémité inférieure du péroné.* — Cette année, une très heureuse innovation a été apportée dans les règlements intérieurs du Concours de l'Externat. Il a été décidé pour ce concours que les candidats, anciens externes, reconcourant pour le cas où ils éprouveraient un échec à l'Internat, ne subiraient les épreuves qu'en dernier lieu, alors que tous les autres candidats auraient terminé. De la sorte, les anciens externes, reçus à l'Internat, peuvent se dispenser de se présenter une seconde fois. Il en résulte une économie de temps très appréciée par les membres du jury et les candidats. Nous espérons qu'aux concours ultérieurs on procédera de même. Il est à remarquer aussi que les questions posées cette année l'ont été d'une façon beaucoup plus précise. On ne saurait trop encourager de pareilles tendances qui mettent les candidats à l'aise, leur permettent de ne pas s'égarer et les forcent à ne pas sortir de la question qu'ils ont à traiter.

Concours de l'Internat. —Voici les questions orales posées à la dernière séance : *Nerf récurrent ; Séméiologie des crachats ; — Ligaments de l'articulation de la hanche ; symptômes de la coxalgie.*

Hopitaux de Montpellier. — Les concours de l'internat et de l'externat viennent de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires*, MM. Magnol et Cadilhac. — *Internes provisoires*, MM. Lavergne et Gonzalès. — *Externes titulaires* : MM. Metge, Chatinière, Baumelong et Ménard. — *Externes provisoires*, MM. Bothezat, Cros, Girard, Pignolet, Héran et Delasusse.

Hospices civils de Toulouse.— *Concours pour trois places de médecins adjoints et pour trois places de chirurgiens adjoints.* — Le lundi 6 juillet 1891, à 11 heures du matin, un concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu-Saint-Jacques, pour trois places de médecins adjoints, et le lundi 20 juillet, à 11 heures du matin, pour trois places de chirurgiens adjoints.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — M. le Dr Luizy, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé, à partir du 1er janvier, chirurgien adjoint audit Hôtel-Dieu.

Hospices civils de Marseille. — *Concours pour une place de Chirurgien adjoint.* — Le lundi 2 février 1891, à 3 heures, un Concours public sera ouvert à l'Hôtel-Dieu, pour une place de Chirurgien adjoint des hôpitaux. Ce Concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Au jour fixé pour l'ouverture du Concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, être âgés de 27 ans au moins, de nationalité française ou en mesure de justifier de leur naturalisation. Les deux années de pratique comme docteur ne sont pas exigées des anciens élèves internes dans les hôpitaux des villes où siège une Faculté, ni des élèves internes des hôpitaux de Marseille ; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur. — *Epreuves du Concours* : 1° *Question d'Anatomie.— Question de Physiologie* : Ces deux questions seront traitées oralement après un temps de préparation à huis clos, et sans livres, qui sera déterminé par le jury. — 2° *Question de Pathologie chirurgicale* : Les concurrents auront cinq heures pour traiter cette question par écrit, à huis clos et sans livres. — 3° *Examen clinique de trois malades atteints d'affections chirurgicales choisis parmi ceux entrés dans les hôpitaux à partir du jour où l'accès des salles des malades aura été interdit aux candidats* : L'examen des trois malades ne durera pas plus de trois quarts d'heure. Après l'interrogatoire, les concurrents auront vingt minutes pour donner leur avis développé sur le diagnostic, le pronostic et les indications thérapeutiques ressortissant à deux de ces malades. Le compte rendu du troisième malade formera le sujet d'une consultation écrite pour la composition de laquelle il sera accordé une heure. — 4° *Deux opérations de grande chirurgie à pratiquer sur le cadavre* : Les candidats auront vingt minutes pour ces deux opérations. A la fin du Concours, la Commission administrative délibérera sur le rapport du jury d'examen et procédera, s'il y a lieu, à la nomination du chirurgien adjoint. Les chirurgiens adjoints forment, avec les médecins adjoints, le premier degré du corps médical des hôpitaux. Ils sont appelés, en cas de vacances, à remplir les fonctions de chirurgiens ou de médecins, chefs de service, et à leur succéder suivant les conditions du règlement sur le service de santé. Les candidats prendront connaissance de ce règlement dans le bureau du secrétariat général à l'Hôtel-Dieu. Ils signeront l'engagement d'observer toutes les dispositions actuelles et toutes autres que l'Administration pourrait prendre plus tard pour le bien du service. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Commission administrative, huit jours au moins avant l'ouverture du Concours. Ils auront à produire : 1. leur acte de naissance ; 2. leur diplôme de docteur ; 3. s'ils ne sont pas domiciliés à Marseille, un certificat de moralité, récemment délivré par le Maire de leur résidence ; 4. les internes des villes où siègent des Facultés devront, en outre, déposer un certificat de bonne conduite délivré par le directeur des différents hôpitaux où ils auront fait leur service d'interne ; 5. les candidats pourront déposer leurs titres scientifiques, manuscrits, imprimés, etc., et, s'il y a lieu, une note de leurs services. Ces documents seront soumis au jury.

Ambulances urbaines de Paris.— Une subvention de 5,000 fr. vient d'être accordée aux Ambulances urbaines de Paris, par le Conseil municipal, en reconnaissance des très réels services rendus par cette institution aux habitants de Paris.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur : *Officier*, M. le Dr Beaumanoir. — *Chevaliers*, MM. Guyot, Négadelle, Tardif, Prat, Bertrand, Bron-Druland, Jabin-Dudognon, médecins de la marine ; M. Guillabert, médecin civil.

Epidémie de variole. — Une épidémie de variole sévit en ce moment à Aigues-Mortes avec une intensité alarmante. On a signalé jusqu'à aujourd'hui une centaine de cas, dont plusieurs mortels. On suppose que la maladie a été apportée par un bateau. C'est l'époque où les bateaux arrivent d'Espagne pour débarquer des vins et des oranges, qui sont ensuite expédiés par le canal de Beaucaire.

Epidémie de fièvre typhoïde. — On signale une épidémie de fièvre typhoïde à Fünfkirchen (Hongrie). On accuse l'eau distribuée aux habitants.

Les poêles mobiles. — *Leurs dangers.*— Ces maudits poêles mobiles font sans cesse parler d'eux. Quand donc le public comprendra-t-il que ce n'est pas faire des économies que de risquer chaque nuit de s'empoisonner ? Les médecins devraient bien défendre à leurs clients l'usage de pareils ustensiles de ménage, ou tout au moins leur montrer les dangers qu'ils courent en utilisant ces poêles. Voici un nouvel exemple d'empoisonnement : Le 31 décembre 1890, avant de se mettre au lit, M. et Mme Echard avaient couché leur jeune petit-fils dans leur chambre sur un lit-canapé. Le lendemain M. Echard fils arrivait. Il sonna plusieurs fois.

(1) Voir Bourneville et Bricon. — *Manuel de technique des autopsies.*

Mais, ne recevant pas de réponse, il monta par une échelle au premier étage et pénétra dans la chambre de ses parents. Ceux-ci, étendus dans leur lit, avaient cessé de vivre, de même que le jeune Charles Echard. Le médecin aussitôt requis ne put que constater le triple décès. Il résulte de l'enquête que le couvercle du poêle mobile, qui servait à chauffer la chambre, avait été imparfaitement assujetti. Par l'interstice, les gaz délétères s'étaient échappés et avaient asphyxié les deux vieillards et leur petit-fils.

MÉDECINS SÉNATEURS. — Ont été nommés sénateurs au scrutin du dimanche 4 janvier : MM. les Drs Libert (Orne), Levrey (Haute-Saône).

POLICLINIQUE DE PARIS. — La consultation des maladies des enfants est transformée en dispensaire scolaire pour le VIe arrondissement. Les consultations auront lieu tous les jours de 4 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons les premiers numéros d'un nouveau journal : *Anales de la Asistancia publica* publiées à Buenos-Ayres depuis le 1er novembre 1890.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr RONZIER-JOLY, maire et conseiller général de Clermont-l'Hérault, président de la commission départementale, est mort cette semaine à Montpellier. C'était un digne homme, un vieux républicain, très populaire et très justement estimé dans sa région. Il appartenait à une famille qui a donné depuis trois générations de nombreux témoignages de dévouement à la cause démocratique. Tout jeune encore, M. Ronzier-Joly proclamait ses préférences républicaines. Au 2 Décembre, on sait que l'Hérault fut un des deux ou trois départements qui se signalèrent par leur fidélité républicaine et l'énergie de leur résistance : le docteur Ronzier-Joly protesta contre le coup d'Etat et encourut les sévérités du régime dictatorial. Il était chevalier de la Légion d'honneur. — M. GRAS, ancien pharmacien en chef des hospices civils de Toulon, beau-père de l'amiral Peyron, vient de s'éteindre à Toulon, à l'âge de 93 ans. — M. le Dr MATAGRIN (de Tarare), médecin distingué, vice-président de l'Association des médecins du Rhône pour l'arrondissement de Tarare. — M. le Dr CHASSAGNY (de Lyon). Son œuvre obstétricale, écrit M. Diday dans le dernier numéro du *Lyon médical*, a de quoi tenter une plume compétente.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. Le samedi 17 janvier, examen des idiots ruminants. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

MEYER (J.). — De la tuberculose. Quelle est la part de l'hérédité et de la contagion dans le développement de cette affection. Volume in-8° de 98 pages. — Prix. . . . . . . 2 fr. 50

TAYAC (A.). — Les progrès de l'art dentaire (Historique et description de l'art du dentiste). Volume in-18 de 204 pages, avec 59 figures. — Prix . . . . 3 fr.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

GILLES (M.). — La pratique du massage. Volume in-8° de 135 pages. — Prix . . . . 2 fr. 50

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard St-Germain.

CHAPUT. — Les réformes urgentes en chirurgie à Paris, 1890. 1 brochure in-8.

HUCHARD (H.). — La réforme de l'enseignement médical et des concours de médecine. Brochure in-8° de 47 pages.

Librairie A. MALOINE, 91, boulevard Saint-Germain.

GAUTIER (G.). — Le courant continu en gynécologie (Outillage, Technique et Effets physiologiques). Brochure in-8° de 53 pages, avec 4 figures. — Prix. . . . . 1 fr. 50

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

GILIS (P.). — Précis d'embryologie adapté aux sciences médicales. Volume in-18 cartonné, de 453 pages, avec 174 figures.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

PETIT (H.-C.). — Contribution à l'étude du scorbut. Volume in-8° de 108 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 3. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 17 JANVIER 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

Asile Clinique (Sainte-Anne). — **M. MAGNAN.**

Diagnostic (*Suite*). Délire systématisé chez les dégénérés ;

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs **JOURNIAC** et **SÉRIEUX**, médecins adjoints des Asiles d'aliénés (1).

DIXIÈME LEÇON.

Sommaire. — Délire de persécution systématisé avec hallucinations. Délire ambitieux avec troubles sensoriels. Absence d'évolution progressive. Délires polymorphes.

Observation XXII. — Délire systématisé ambitieux chez un dégénéré. Guérison.

Observation XXIII. — Idées de persécution. Hallucinations. Troubles de la sensibilité générale, préoccupations hypochondriaques. Evolution rapide.

Observation XXIV. — Débile en voie d'affaiblissement mental. Délire ambitieux systématique depuis 36 ans, idées accessoires de persécution.

Observation XXV. — Débilité mentale. Délire ambitieux systématisé développé d'emblée.

Observation XXVI.— Délire de persécution à marche rapide avec quelques idées ambitieuses chez un dégénéré. Guérison.

Les dégénérés héréditaires ne présentent pas seulement des idées de persécution sans troubles sensoriels, ils peuvent aussi être affectés de délire de persécution avec hallucinations et troubles de la sensibilité générale, ou bien encore de délire ambitieux accompagné également de troubles sensoriels, et revêtir ainsi les apparences d'un délirant chronique à la seconde ou à la troisième période. Si, en général, on ne trouve pas chez les dégénérés héréditaires cette conviction inébranlable qui est l'apanage du délirant chronique et que vous avez pu apprécier toutes les fois que, dans mes questions adressées aux malades, j'élevais des doutes sur la réalité des persécutions dont ils se plaignaient, si l'héréditaire dégénéré est habituellement moins convaincu et moins tenace dans ses convictions délirantes, dans certains cas, cependant, le délire est nettement systématisé, le malade y croit profondément, il prend même une attitude qui ne le cède en rien soit à l'aspect préoccupé et irrité du délirant chronique persécuté, soit à sa tenue dédaigneuse et arrogante lorsqu'il est devenu mégalomane.

Quand il s'agit de ces derniers malades, les mégalomanes, on apprend que le dégénéré héréditaire n'a pas passé par une longue période d'épreuves ; pour acquérir sa puissance, il n'a pas eu à traverser de longues étapes d'interprétations délirantes et de persécution : les idées de grandeur se sont montrées dès le début, tantôt brusquement et par bouffées, d'autres fois lentement, mais en conservant toujours le même caractère ; elles n'ont pas eu à subir d'*évolution* ni de *transformation*. D'autres délires peuvent survenir ; quelle que soit la forme, hypochondriaque, mystique, des persécutions, le délire ambitieux ne change pas, ou bien il cède la place pour reparaître ensuite ou même disparaître entièrement, sans jamais suivre la marche méthodique de la mégalomanie du délire chronique.

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7, 22, 38, 40 et 46, 1890.

En somme, dans toutes les éventualités, en examinant tous les faits, la marche du délire ambitieux chez les dégénérés ne ressemble jamais à celle du délire chronique. L'erreur, conséquemment, ne pourrait être commise qu'en l'absence de renseignements.

Nous avons eu longtemps dans le service un ancien élève de l'Ecole Polytechnique, mégalomane systématisé, halluciné, qui avait les dehors d'un délirant chronique. Il se disait fils du prince Alerkin et de Lady Sibbourgham, duchesse de Devonshire. Il recevait avec froideur et une certaine morgue sa mère et sa sœur, qui n'étaient, disait-il, l'une, que sa mère adoptive, et l'autre que la fille de celle-ci. Dès le début de la maladie il s'était montré ambitieux, et il a conservé deux ans ce délire des grandeurs avec transformation de la personnalité ; la mégalomanie a cessé brusquement, comme elle était venue, et le malade, toujours déséquilibré, mais non délirant, a pu rentrer dans sa famille.

Obs. XXII. — G... Gaston, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, né en 1861, entre au Bureau d'admission en août 1884.

Son oncle paternel est mort à Ville-Evrard encore jeune ; le père est mort tuberculeux. Deux tantes maternelles sont mal équilibrées ; la mère a un caractère très extravagant ; un frère, débile, est microcéphale ; une sœur, morte tuberculeuse, a présenté pendant quelque temps des périodes d'exaltation et de dépression ; une autre sœur, tuberculeuse, s'est suicidée à 18 ans pour ne pas survivre à la précédente ; une troisième sœur est morte de convulsions à un an. Quant à lui, d'humeur farouche, avec le goût de la dépense, il s'est longtemps adonné à la masturbation. Il était habituellement sombre, triste, irritable. Sous-lieutenant d'artillerie depuis 8 mois à peine, il donne sa démission, déclarant qu'il n'avançait pas assez vite en grade. Puis ses prétentions s'exagèrent encore : il porte dans sa poche un morceau de papier sur lequel était écrit : le roi G... Il ne tarde pas à se faire remarquer dans la rue par des actes extravagants, de l'agitation, et on l'arrête se proclamant Empereur. Il est envoyé à Charenton où il se renferme dans un mutisme presque complet ; il est transféré au bout de quelques jours à Sainte-Anne. Il prétend que sa mère n'est en réalité que sa mère adoptive, et que sa véritable mère est morte en 1878. Elle s'appelait Lady Sibbourgham, duchesse de Devonshire, épouse du prince Alerkin. La certitude absolue de son origine noble lui est venue dans les premiers mois de l'année 1883. Il ajoute qu'il est propriétaire de la maison qu'il habite à Paris ; c'est le prince Gerstakinn, duc d'Elzma, qui est son intendant ; il perçoit les loyers et correspond avec lui par des « Moujieks. » Il a entendu qu'on lui disait des injures, ajoute-t-il. En octobre 1885, un an après son entrée, il prétend toujours n'être pas le fils de Mme G... Elle n'est pas sa mère et sa fille n'est pas sa sœur, dit-il, puisqu'elle ne sait pas l'anglais. Au commencement de 1886, il reste à l'infirmerie et garde souvent le lit pour une bronchite tuberculeuse ; à ce moment, tout délire a cessé ; quand on lui parle de ses idées ambitieuses, il répond que c'était de l'imagination, qu'il avait l'esprit dérangé ; il sourit en entendant rappeler ses titres imaginaires, sa naissance princière, son immense fortune. « Il faut avouer, dit-il, que c'était assez amusant et distractif. » Il sort en décembre 1886, ne conservant plus d'idées délirantes.

Le malade suivant est un débile ayant présenté pendant l'enfance des préoccupations hypochondriaques bizarres ; toujours il a cru à une atrophie imaginaire de ses organes génitaux. Très émotif, très scrupuleux, en

proie depuis quelque temps à des idées obsédantes de jalousie, il en est arrivé récemment à un délire de persécution avec hallucination de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale ; « on l'hypnotise, il a dans l'œsophage des voix transmises par fil téléphonique, on lui donne des idées, on le fait parler. » Il présente, en somme, le tableau complet du délire chronique à la 2e période, mais son délire a évolué rapidement, et, au moment de son transfert, il était très atténué.

Obs. XXIII. — L.. Auguste, est âgé de 31 ans. Son père est mort hémiplégique 2 jours après une attaque, à l'âge de 67 ans. Un frère du père s'adonne à la boisson. — Des 4 enfants du malade, l'aînée, âgée de 12 ans, apprend difficilement. — A l'âge de 7 ans, il fut l'objet d'outrage à la pudeur de la part d'un peintre, qui se faisait masturber par lui et ses camarades. Depuis, jusqu'à son mariage, il est resté onaniste. Il a toujours été sobre. Hypochondriaque dès l'enfance, il se plaignait d'éprouver dans la région de la nuque des douleurs qu'il ne calmait, dit-il, qu'en renversant la tête en arrière et qui seraient dues, d'après lui, à la décomposition de son cervelet. Il lit les livres de médecine, et, vers l'âge de 14 à 15 ans, il se figure avoir des imperfections des organes génitaux, il croit ceux-ci bien moins développés que chez les autres hommes (il deviendra père de 4 enfants sans que cette idée se modifie, elle persiste même encore). D'une grande émotivité, il est poursuivi par des scrupules ; il avoue à sa femme qu'il a eu des relations avec sa belle-sœur 6 mois après le mariage (ce secret lui pesait trop, dit-il). Il est également tourmenté par des doutes : il voudrait pouvoir croire à Dieu, et bien qu'il communie et qu'il accomplisse tous ses devoirs religieux, il se demande s'il a bien la foi. Il croit que c'est à cause de ses rapports avec sa belle-sœur et de son manque de foi qu'il est malade.

Il travaille en compagnie de sa femme à confectionner des chaussons de lisière. Son logis étant devenu trop petit (il venait d'avoir son quatrième enfant), il dut chercher à se loger ailleurs Il est alors poursuivi par son ancien propriétaire pour paiement de quelques petites réparations, ce qui le tourmente beaucoup. A peine installé dans son nouveau logement, un locataire, sculpteur sans ouvrage, Victor, chargé par le propriétaire de quelques travaux, cherche à entrer en relations d'amitié avec lui. Victor lui demande de lui apprendre la fabrication des chaussons de lisière ; il refuse de peur que celui-ci ne lui fasse plus tard concurrence et aussi parce qu'il voit là un prétexte pour s'approcher de sa femme. Dès lors tout ce que fera Victor ravivera sa jalousie ; s'il va faire des réparations dans la chambre inoccupée au-dessus de chez lui, c'est pour l'espionner, c'est pour conter fleurette à sa femme. Il se figure que Victor a la verge plus grosse que lui, qu'il doit mieux plaire aux femmes. « Victor n'a pas l'air franc, dit-il, il vient chez lui en tapinois ; veut se faire prêter un panier ; on n'emprunte pas un panier à un homme qui a 4 enfants, lui qui n'a pas d'enfants aurait bien pu en acheter un. »

Enfin si Victor est aimable avec lui et le premier à lui dire le bonjour, c'est pour cacher son jeu. Jaloux de son rival imaginaire, craignant que sa femme n'aille à lui s'il la délaisse, il pratique le coït avec exagération. D'abord celle-ci s'y prête, puis fait quelques difficultés, « c'est parce qu'il a la verge trop petite, pense-t-il. Victor est son amant. » Dès lors l'idée de Victor ne le quitte plus. Il l'accuse de l'avoir regardé par le trou des cabinets ; il l'a vu et a cru aussi l'entendre. A son plafond se trouvent de petites crevasses, dans sa chambre sont des trous pour les rideaux du lit (ces trous existaient avant son entrée dans la maison) ; il accuse Victor de les avoir percés pour l'écouter, pour voir ce qu'il fait; il l'entend lui dire des injures par ces trous : « C'est par là qu'il donne des rendez-vous à sa femme tandis que lui va vendre des chaussons de lisière. » Il s'imagine aussi qu'un de ses beaux-frères veut le tuer pour venger l'honneur de celui dont il avait séduit la femme. Enfin, il accuse Victor d'avoir entendu sa conversation au lit avec sa femme, lorsqu'il réclamait l'acte conjugal, de savoir qu'il est mal conformé, de passer son temps à l'appeler « cocu ». En octobre dernier, le logement voisin ayant été loué à une dame, il se figure que c'est Victor et la concierge qui ont loué « afin de donner le change à la police en cas de visite domiciliaire et de le faire passer pour fou, bon à interner, s'il venait dire qu'on le regardait et l'écoutait par les trous et fissures du plafond. » L'avant-veille de son arrivée au Dépôt, comme il appelait son enfant : « mon petit Gaston », il crut reconnaître la voix de Mme Victor qui disait: « Tiens, il préfère celui-là », et, comme son petit garçon a un bouton à la fesse, il s'imagine qu'on veut insinuer par là qu'en l'absence de sa femme il a des rapports sexuels avec ses enfants ; alors il ouvre sa porte et dans un accès de fureur il insulte Mme Victor. La nuit suivante il se figure que sa fille aînée, âgée de 12 ans, qu'on lui doit prochainement ramener, est enceinte (vengeance du beau-frère). Il s'entend appeler « criminel, assassin. » Enfin, la nuit qui précède sa venue au Dépôt est troublée par divers troubles hallucinatoires. Il s'imagine être devenu un sujet d'expériences pour une société de médecins qui lui font parler sa pensée par une voix imperceptible, laquelle lui vient de l'œsophage ou de l'estomac par une espèce de cornet ou de fil téléphonique. Alors il se lève et crie. Puis il lui semble entendre enfoncer des pieux et se figure que c'est la guillotine que l'on dresse, qu'on va l'y conduire à la place de Pranzini qui n'aurait pas été exécuté d'après lui. Il existe également des illusions de la vue.

A son arrivée à Sainte-Anne, encore sous l'impression des hallucinations de la nuit, il se demande anxieusement si ça tourne au tragique. Il croit voir la tête de sa belle-mère. Il lui semble qu'on lui insuffle une poudre qui lui donne un goût amer dans la bouche. Enfin son beau-frère lui ayant amené sa fille il croit l'entendre lui dire : « Je vais te faire cocu, je vais te tuer à coup de couteau, etc. », et une autre voix répondait « frappez » ; alors il saute à bas du lit, est pris de peur, se recouche, puis il lui semble que les médecins recommencent à le magnétiser et lui font dire des choses qu'il n'aurait pas voulu révéler. Ils l'hynoptisent. Bien qu'il cherche à le cacher, l'idée de Victor le préoccupe encore ; mais moins tenace, elle ne s'impose plus aussi énergiquement à lui, et si on l'y poussait, il discuterait la réalité de ses accusations. Ce qui le fâche le plus, c'est la parole de Mme Victor, l'accusant d'avoir eu des relations avec ses enfants.

Nous allons examiner maintenant deux débiles chez lesquels nous voyons s'installer d'emblée des idées ambitieuses.

Obs. XXIV.—Le malade L..., âgé de 77 ans, entre à l'asile le 29 octobre 1888, pour la seconde fois; la première entrée remontait à mars 1882. Son père est mort à 82 ans; il faisait quelquefois des excès de boissons.

Le malade est très affaibli intellectuellement, il comprend mal ce qu'on lui demande, y répond souvent de travers, sa mémoire a beaucoup diminué ; il ne peut donner l'adresse de ses enfants. Il se souvient être venu trois fois à Paris, mais ne sait plus à quelle date. Chaque fois il est venu pour demander de l'argent à l'Empereur, à cause de l'épreuve qu'il a faite sur lui quand il est entré en place. Cela remonte, à son dire, à 36 ou 37 ans. « L'Empereur lui a pris son idée, il a tiré de lui une voix qui se répand partout dans le cœur du monde. Quand il pense quelque chose, on le sait partout, souvent on y répond et même de très loin. Ce sont les Malava de Tournon qui sont devenus Empereurs. Plusieurs fois l'Empereur lui a envoyé de l'argent, dix-huit cent millions, dit-il, et il lui a fait cadeau de deux domaines près d'Annonay ; des gens d'Annonay le lui ont dit. « Cet argent a été pris par des individus qui se sont entendus avec le facteur pour garder les lettres. A plusieurs reprises il a écrit à l'Empereur ; ses lettres ont toujours été soustraites, il n'a jamais reçu de réponse. » Trois fois il est venu à Paris pour voir l'Empereur ; la première fois (il ne sait plus la date) on l'a mené chez le Président, mais il est resté dans l'escalier, il n'a pas osé monter. La seconde fois, en 1882, on l'a arrêté à l'Elysée et conduit à Sainte-Anne.

Dernièrement, enfin, il est venu d'Annonay à pied (tous les malades de son quartier sont venus avec lui, à ce qu'il dit) et on l'a arrêté dans les mêmes circonstances. Dans le quartier, l'autre jour, il disait que quelqu'un s'était servi de son nom pour toucher les dix-huit cent millions, il avait l'air de croire

que ce quelqu'un était là, mais ne pouvait le désigner. Actuellement il demande à sortir; il ira trouver l'Empereur et lui dira qu'il n'a pas reçu l'argent que celui-ci lui destinait et qu'il connait les voleurs. Il lui réclamera aussi les domaines dont on lui a fait don; « ceux qui y sont les laissent aller au pillage; s'il les lui donne, il ira y demeurer avec ses enfants. »

Obs. XXV. — Dupont J..., jardinier, 40 ans, entre à l'asile le 21 octobre 1887; son père, bûcheron, faisait fréquemment des excès de boissons, qu'il supportait d'ailleurs assez mal: « Nous sommes tous ainsi dans la famille. » Le père meurt à 61 ans. Mère hystéro-épileptique morte à 63 ans. Une sœur et trois frères: rien à signaler.

Instruction rudimentaire: sait à peine écrire son nom, ne sait pas la multiplication bien qu'il soit allé à l'école jusqu'à l'âge de 7 ans et, plus tard, qu'il ait suivi durant 2 ans les cours de l'école du soir. Sobre, ne prend pas la goutte le matin. Aurait eu la fièvre typhoïde en 1870. Il y a 8 ans, à la suite d'un vol, il aurait cru avoir des ennemis et s'est excité pendant quelques jours. Il est jardinier depuis sa jeunesse. Il y a 20 ans, il connut, dit-il, au Vésinet, le médecin de Napoléon Ier. Il y a environ 12 à 15 ans, il crut tout à coup qu'il était devenu lui-même Napoléon Ier; mais comme il n'était alors que jardinier et garde dans un château, il n'accepta pas cette idée, « ne se trouvant pas dans une situation sociale assez élevée pour avoir droit à un tel titre. » Il se croit obligé depuis longtemps d'entrer dans les églises quand il voyage, et chaque fois il dépose dans le tronc 5 à 6 sous; c'est ainsi, affirme-t-il, qu'il aurait obtenu d'être Empereur. « Je me trouve autant obligé d'aller à l'église qne forcé à manger. » Un jour il entendit dans une église, il y a 8 ans, la voix de Dieu qui lui disait: « Tu seras Empereur, Pape et Roi d'Angleterre. » Et quelques jours après, comme il était chez lui, il se sentit baptisé (il ne sait par qui) Innocent IV. (Innocent est un de ses prénoms.) Il croit que c'était Notre-Seigneur descendu du ciel exprès revenant de Jérusalem pour cela, c'était donc son second baptême. Alors il crut que Paris lui offrait « le grade d'Empereur avec 15 millions d'augmentation. » Tout d'abord il ne voulait pas le croire, mais peu à peu cette idée se fixa dans son esprit. Il remplissait donc les fonctions d'Empereur sans quitter son métier de jardinier, « car, dit-il, je n'étais pas l'Empereur pour ne rien faire. » Même Empereur il veut continuer à travailler comme jardinier, et, malgré cela, assure-t-il, il fera bien la guerre, car ses plans sont faits, « ses plans ne sont pas minces. » En décembre 1886, un soir qu'il travaillait à ses plans de campagne, il fut baptisé pour la troisième fois par l'Empereur d'Allemagne, qui vérifia ses plans de guerre; il ne le vit pas, mais l'entendit, et l'Empereur d'Allemagne le reconnaît Roi de France, « *Calabdome Hiscuce, Aristoloche Belladome Viginite macarome,* » phrase qu'il répète sans se tromper plusieurs fois de suite. C'est connu de presque toute la Picardie. Il y avait alors des bruits de guerre dans les journaux et c'est pour diriger cette guerre qu'il s'était fait porter « Candidat Empereur. » Les campagnes, assure-t-il, et les villes votèrent alors pour lui. Et depuis il ne songea plus, dit-il, toutes les nuits, qu'à préparer ses plans. En mars, il avait toutefois encore peine à croire qu'il était Empereur, quand il se sentit attiré et appelé vers un calvaire voisin; il y alla et prêta serment devant Dieu. Le même phénomène se reproduisit pour la seconde fois 8 jours après, il eut lieu encore en juin 1887, et cette fois il s'entendit, par la voix de Dieu, proclamé Empereur pour l'éternité (60 ans), et assuré que sa famille lui succéderait. Il en éprouva un tel contentement que, craignant d'en mourir, il ne vécut plus que de lait coupé d'eau pour se soutenir.

Le maire de Paris lui ayant envoyé son bulletin de vote pour lui dire qu'il était Empereur, et qu'on l'attendait pour le jeudi suivant aux Tuileries, il prit le train et s'est présenté aux Tuileries d'où on l'envoya chez le commissaire de police. Il lui en avait déjà coûté cher pour arriver à être Empereur; en janvier, il avait envoyé aux maires des communes voisines des bulletins sur lesquels il avait écrit de sa main: *Du..., candidax d'ampèreur,* et il avait pour timbres, papier et porteurs, paraît-il, dépensé quatre ou cinq cents francs. « Comme je suis adroit et cause bien, ajoute-t-il, il vient beaucoup de monde chez moi; je n'ai qu'à laisser la porte ouverte, il en vient tout de suite. » En effet, il fut dévalisé plusieurs fois.

Enfin, la veille de son départ, il assure qu'on lui a pris le registre de ses plans de campagne. « Aujourd'hui, dit-il, c'est fini, on ne m'ôtera plus de la tête que je suis Napoléon. J'ai une tête excellente pour organiser les choses de la guerre, j'aime les soldats. » Il est l'élu de la France, et comme celle-ci lui a demandé des garanties, il fera hériter sa famille « du grade d'Empereur et de la Couronne. » Il se croit délégué de Dieu à cause de sa conduite et de son travail.

Le malade suivant est un déséquilibré, émotif, toujours considéré comme extravagant par ses camarades, quoique intelligent et instruit. Il a eu, il y a 5 ans, une période d'excitation qui le fit mettre en disponibilité; réintégré dans ses fonctions en 1888, il entendit peut-être quelques bavardages sur son compte et en peu de temps devint persécuté, halluciné. Quelques idées ambitieuses vinrent s'ajouter aux idées de persécution. Mais cet accès délirant a évolué d'une façon bien différente de la marche du délire chronique développé rapidement, il ne s'est pas prolongé au delà de quelques mois.

Obs. XXVI. — B... Joseph, âgé de 28 ans, entre à l'asile le 3 novembre 1888. Antécédents héréditaires: Renseignements très incomplets. Une tante paternelle est devenue folle à la suite d'une contrariété; elle est aujourd'hui bien guérie. B.... n'a jamais fait de maladie grave; très vif, intelligent, il a montré beaucoup de goût pour l'étude. Ses collègues l'ont toujours connu bizarre, on l'appelait « B... le fou. » Il se montrait tantôt sombre, tantôt gai, sans raison apparente. « J'ai toujours eu, dit-il lui-même, un caractère inégal, se traduisant par la mélancolie, la contemplation. » Il avait un amour-propre exagéré; « c'était une sensitive », dit un de ses amis. Très fier, ambitieux, il travaillait beaucoup pour arriver rapidement; sa mémoire est extraordinaire, il répète, par exemple, les densités des corps sans la moindre erreur.

Il y a cinq ans environ, probablement à la suite d'une période d'excitation, il a été mis en disponibilité. Sa vanité l'a empêché d'en rien dire à sa famille et, pendant plusieurs années, il a « mangé de la vache enragée. » Enfin il est retourné de Paris à Grenoble à pied, ne voulant rien demander aux siens.

Réintégré dans ses fonctions en janvier 1888, il désirait revenir à Paris, où il gagnait davantage. Il y rentre en septembre; quelques jours après son installation, il soupçonne un de ses collègues de médire de lui, de rappeler les métiers qu'il a dû faire pendant ses malheurs, de dire qu'il l'a vu mendier et, dans une lettre, il le menace des foudres de l'Administration. Bientôt ses soupçons se généralisent, il devient encore plus inquiet, énervé, comme il le disait lui-même, et on lui accorde quelques jours de repos. Dès son retour, de nouveau il soupçonne ses collègues, prétend qu'ils parlent de lui. Le 31 octobre, il raconte à un ami qu'il en a remis quelques-uns à leur place. Le soir ils vont à l'Opéra; il est énervé, accuse ses voisins de parler de lui, de prononcer son nom; à 11 heures il n'y tient plus et s'en va furieux. Le lendemain, exalté, méfiant, il va trouver son chef de bureau et lui dit qu'on s'acharne après lui, qu'on veut le dénigrer pour le faire renvoyer de l'Administration. Le soir, sur le bateau, sur les boulevards, partout on parle de lui. Le *Petit Journal* a publié un supplément fait exprès pour lui; on y publie sa biographie et son portrait en chapeau haut de forme; c'est l'œuvre de ses collègues qui veulent le dénigrer. Il cherche à se procurer ce numéro; quand il arrive devant un kiosque, on dit: « Le voilà » et on ne veut pas le lui donner. Au café, il entend dire: « C'est lui, c'est B.... » Il perd patience chaque fois et s'en va. Sur le boulevard, il entend un couple parler de lui; il les suit, s'assied à côté d'eux au café; quand ils l'aperçoivent, ils ne disent plus rien. Sur un bateau, il rencontre la femme d'un employé supérieur de la police; elle lui dit qu'on le croit trop honnête, que le *Petit Journal* fait une campagne contre lui à propos du directeur général des Postes. Il recommande à son ami de se

procurer le journal ; avec cette pièce il veut obtenir des dommages et intérêts ; il parle de 200,000 fr. Le lendemain matin il raconte à la concierge qu'on est venu la nuit percer son plafond pour écouter ce qu'il dit. Il entendait, dans la chambre voisine, des gens apostés pour l'arrêter qui causaient tout haut ; lui-même parlait haut. Il prétend ensuite qu'on veut l'arrêter à propos d'un vol commis dans une église et fait des préparatifs de départ. Le lendemain, il va chez le commissaire porter plainte et se fait arrêter.

Il arrive à Sainte-Anne dans un état de grande surexcitation et soupçonne tout le monde de lui vouloir du mal, d'être les complices de ses adversaires. Il dit qu'on l'hypnotise. Il sait, par suggestion, qu'un vol a été commis dans un tronc d'église et qu'on le fait filer depuis. Quand il passait dans la rue, on l'appelait : « canaille, mendiant.» On disait, d'un air de mépris : « Ne regarde pas celui-là. » Quelquefois les paroles étaient sympathiques : « C'est une diffamation, il pourra se faire payer cher. » Le 13 novembre, il dit qu'on l'hypnotise ; on connaît sa pensée. On lui suggère de frapper et de se frapper lui-même ; on lui envoie des effluves magnétiques, il sent une volonté étrangère à laquelle il est obligé de se soumettre; on lui envoie du chloroforme dans sa chambre ; on lui fait voir des monstres rouges, blancs, bleus. Le 19 novembre, il est un peu plus calme, mais toujours délirant ; il écrit au ministre de l'intérieur pour se plaindre de l'article diffamatoire du *Petit Journal* et aussi des individus qui l'internent et qui ne sont que des « hypnotiseurs, liseurs de pensée. » Quelques jours plus tard, il est encore plus calme, au moins en apparence et il se laisse presque convaincre de la nature maladive de ses sensations. Le 22, il comprend qu'il a été malade et qu'il va un peu mieux. Le 25, à la visite, il s'emporte brusquement en disant qu'il tuera un malade qu'il désigne ; on lui a dit cette nuit que sa tête tomberait ce matin, il pleure. Il est tout pâle, les traits profondément tirés, l'air très fatigué. Il dit qu'on l'a hypnotisé toute la nuit.

Depuis ce moment on l'isole, il reste excité jour et nuit. On l'entend souvent crier : « A l'hypnotiseur, à la fantasmagorie » et il fixe alors un point quelconque de sa cellule. Il passe alternativement de l'abattement avec craintes hypochondriaques à l'excitation avec grimaces, extension brusque des bras ou des jambes. A d'autres moments, après une période pendant laquelle il se sent mourir, il éclate brusquement d'un éclat de rire strident. Il a des hallucinations de la vue, tantôt effrayantes, tantôt presque agréables ; il regarde en extase le soleil qui passe, puis il devient mélancolique : « Le soleil passe là-bas et la folie passe de l'autre côté, » etc. « Il gouvernait, dit-il en riant, le soleil.» La langue et les lèvres sont sèches ; palpitations avec faux pas du cœur. Il semble être en proie à une multitude de troubles de la sensibilité qui éveillent en lui une série correspondante et incohérente d'idées délirantes. — 27 déc. Il est tranquille, raisonnable, et rit quand on lui parle de son délire : « Je m'étais mis ces idées là dans la tête, mais j'en suis revenu. »

Les observations qui précèdent font ressortir l'importance de l'étude de l'évolution de la maladie et de l'état mental du sujet ; bien mieux que les symptômes pris isolément, ce sont les véritables éléments du diagnostic et du pronostic. Comme les délirants chroniques typiques, notre dernier malade entendit des insultes, fut hypnotisé, eut quelques idées ambitieuses. Mais le début de la maladie avait été bien différent : il n'y avait pas eu de phase d'incubation qui rappelât la première période du délire chronique ; en outre, quelques mois après, la bouffée délirante avait disparu et le malade, parfaitement guéri, riait des idées qu'il s'était faites. En résumé : là, comme dans les observations précédentes, antécédents héréditaires, antécédents personnels du malade, début, terminaison de l'accès délirant, tout vient montrer que, malgré des analogies symptomatiques superficielles, nous avons affaire à une espèce clinique bien différenciée du délire chronique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La méthode de Koch à l'hôpital Saint-Louis. — La Commission d'études des médecins de l'hôpital.

M. le Dr Vidal a fait jeudi dernier à la *Société de dermatologie et de syphiligraphie* une communication sur le traitement de la tuberculose cutanée par le liquide de Koch. C'est au nom de la commission d'études constituée par les médecins de l'hôpital Saint-Louis que M. Vidal a pris la parole. Bien qu'il soit encore trop tôt, a-t-il dit, pour formuler des conclusions fermes et que chacun de nous doive, dans la prochaine séance de la Société, prendre la parole pour exposer ses vues sur l'emploi de la nouvelle méthode et les remarques qu'elle lui a suggérées, nous pouvons vous donner un aperçu préliminaire de nos observations collectives.

Trente-deux malades, réunis dans le même service, ont été inoculés depuis le 30 novembre 1890. Ils ont reçu de quatre à six injections à un intervalle moyen de quatre à huit jours. En rapprochant davantage les injections, les malades restent plus affaiblis, ils s'anémient, et la réaction locale devient chez eux de moins en moins vive, en même temps que l'action sur les éléments tuberculeux est de moins en moins prononcée. Nous appelons aujourd'hui l'attention : 1° sur l'irrégularité de la réaction générale ; 2° sur ses dangers; 3° sur les précautions à prendre pour atténuer ces derniers.

En ce qui concerne la réaction générale, la commission n'a pas observé cette régularité schématique signalée par les médecins de Berlin et elle pense qu'on doit être d'autant plus prudent, lorsqu'on instituera ce traitement, qu'il n'est pas sans danger. La réaction locale n'est pas toujours en proportion avec la réaction générale, dans la plupart des cas de lupus non exedens notamment.

Chez plusieurs malades, la réaction générale a été intense avec un demi-milligramme de lymphe, et cela même après plusieurs inoculations. M. Vidal cite même un malade chez lequel une injection d'un demi-milligramme, faite après un intervalle de douze jours, donna lieu à une réaction plus intense que les deux injections qui avaient été faites à la dose de un milligramme. La durée de la réaction fébrile n'est pas la même chez tous les sujets. Parfois elle tombe le jour même ; parfois elle peut reprendre le lendemain ; il est même des malades dont la température vespérale s'élève les troisième et quatrième jours.

En ce qui a trait aux dangers de la réaction, on peut dire que celle-ci est si inégale qu'il est impossible de prévoir son intensité. Elle varie, non seulement chez deux malades, mais encore chez le même malade à deux inoculations successives. Les viscères en apparence les plus sains peuvent être fortement congestionnés. Cette congestion est surtout manifeste à la base des poumons. Les médecins de Saint-Louis ont observé des symptômes de myocardite, d'endocardite, de l'augmentation de volume de la rate, de l'albuminurie, de l'hématurie, persistant trois ou quatre jours. A signaler aussi un affaiblissement général, une grande dépression physique et morale, une anémie rapide. Une complication, dont on a observé deux exemples, est une tuméfaction absolument semblable à l'érysipèle, survenue sur le visage de femmes qui avaient été atteintes, antérieurement d'ailleurs, d'érysipèle de la face. Dans ces cas, on ne trouve pas de streptocoques dans le sang, et des cultures sur gélose sont restées stériles.

Quant aux précautions à prendre pour atténuer les dangers de la méthode, elles consistent surtout à employer des

doses initiales moindres et à espacer davantage les dates des inoculations. Les médecins de Saint-Louis commencent actuellement par les injections d'un demi-milligramme et ils se tiennent à cette dose tant que, dans la réaction générale, la température s'élève à 39°. La dose n'est augmentée qu'autant que ce chiffre thermique n'est pas atteint.

Tel est, répète M. Vidal en terminant, non pas le compte rendu des observations faites par la commission, mais un aperçu des remarques qu'elle a été à même de faire dans les expériences qui se continuent et sur lesquelles elle reviendra ultérieurement. P. R.

La nouvelle loi militaire et les études médicales.

Il y a longtemps déjà — nous l'écrivions au lendemain même de la promulgation de la loi — nous avons prévu que la nouvelle loi militaire, s'il n'y avait pas une répartition spéciale, présenterait des inconvénients sérieux pour les études médicales. D'autres l'ont redit avec nous, et, à leur tour, les journaux politiques se sont emparés de la question. Peut-être nos gouvernants auront-ils plus de confiance dans les remarques faites en style grave par des personnes que la chose n'intéresse guère, que dans les récriminations aigres-douces des gens compétents! Mais qu'importe? L'affaire est aujourd'hui remise sur le tapis à l'occasion du rapport que M. Milne-Edwards vient de faire au nom du Conseil général des Facultés de Paris et va adresser à M. le Ministre de l'Instruction publique. Et dans ce rapport est consigné le vœu de la Faculté de médecine sur cette délicate question.

Pour ceux qui ne sont pas encore au courant de nos plaintes, nous citons l'extrait ci-dessous du *Temps*:

« Un étudiant en médecine, ne pouvant aujourd'hui ni devancer l'appel ni demander un sursis, pour faire son année obligatoire de service militaire, interrompt ses études souvent à peine commencées à l'âge de vingt ans révolus. Il revient du régiment à vingt-deux ans ou vingt-deux ans et demi. Or, il doit être ou docteur ou interne des hôpitaux à vingt-six ans, sous peine d'être condamné à faire encore deux ans de service militaire. De là deux conséquences inévitables: 1° des études médicales hâtives et superficielles faites en trois ou quatre ans; 2° abandon du concours de l'internat toujours aléatoire au profit de ces nombreux étudiants étrangers qui, tranquilles sur leur avenir, pourront s'y préparer à loisir et rencontreront moins de rivaux et des rivaux moins bien préparés.—Le doyen de la Faculté de médecine relève un autre fait bien curieux. Il demande, au nom de la statistique, pourquoi retenir à la caserne les étudiants en médecine et leur apprendre le maniement du fusil qu'ils ne porteront jamais, au lieu d'en faire des médecins militaires. En cas de mobilisation, en effet, on n'aura pas assez de médecins. Il y a en France, dit M. Brouardel, 11.500 docteurs en tout. On n'y trouverait certainement pas 7.500 médecins actifs de moins de cinquante ans, qui seraient nécessaires au service de santé de l'armée mobilisée. En ce qui touche les étudiants en médecine, il y a donc dans l'application de notre loi militaire des incohérences et par suite des déperditions de forces qu'il faudra certainement corriger. »

Le même fait a lieu pour bien d'autres Ecoles et Facultés. Aussi se sont-elles toutes trouvées d'accord pour réclamer ces deux modifications qui, sans toucher au principe de la loi militaire, préviendraient ces inconvénients et ces périls: 1° porter de vingt-six à vingt-sept ou vingt-huit ans la limite d'âge pour les étudiants en médecine qui aspirent à l'internat ou au doctorat; 2° donner aux élèves de toutes les Facultés la liberté accordée à ceux de l'Ecole normale, c'est-à-dire la possibilité ou de devancer l'appel, ce qui leur permettrait de satisfaire à la loi militaire avant de commencer leurs études, ou d'obtenir un sursis, pour n'aller au régiment qu'une fois leurs études faites.

Il est à souhaiter que les Chambres prennent bientôt en considération de si justes réclamations. Nous sommes convaincu qu'il y a encore à la Chambre des Députés des médecins qui ont à cœur le bon renom de notre enseignement supérieur. C'est à eux qu'il appartient de prendre une initiative énergique et de faire tous les efforts voulus pour concilier, dans la mesure du possible, — et cela se peut —, les obligations de la loi militaire et les nécessités des études médicales. Il ne faut pas perdre de vue que l'armée est absolument intéressée à avoir, en cas de guerre, des médecins capables de leur donner des soins absolument compétents. M. B.

Cours libre de médecine légale (*Ecole de Droit*). — M. le Dr Dubuisson.

M. le Dr Dubuisson, médecin en chef à l'Asile clinique (Sainte-Anne), a ouvert, jeudi dernier, à la Faculté de droit de Paris, un cours libre de médecine légale. L'objet de ce cours sera, cette année, de rechercher « les caractères distinctifs de l'aliénation et de la criminalité. » A vrai dire, c'est un cours de philosophie sociale et morale, dans lequel M. le Dr Dubuisson exposera successivement les théories relatives à la responsabilité humaine, aux fonctions intellectuelles et morales de l'homme, à la criminalité, à l'aliénation, pour formuler, en concluant, les moyens de distinguer et d'apprécier la responsabilité morale et la responsabilité sociale.

Dans sa leçon d'ouverture, M. le Dr Dubuisson s'est surtout attaché à faire, avec une précision remarquable et une rare variété de méthode, la critique des anciennes théories relatives à la responsabilité et l'exposé des théories modernes; il a aussitôt conquis son public par l'intérêt et par l'ampleur qu'il a donnés au sujet.

L'affluence des auditeurs, la nature de ce cours, son originalité qui aura pour résultat d'assurer désormais à la biologie générale une place d'honneur, même dans l'enseignement des Ecoles de droit, sont autant de symptômes des aspirations de l'esprit moderne vers une étude positive de l'homme et de la société.

Nous félicitons sincèrement M. le Dr Dubuisson d'avoir compris ce besoin de son époque et de l'avoir satisfait dans la mesure possible.

De l'Enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Durant le premier semestre de l'année 1870, il s'est produit un courant très énergique en faveur des réformes à introduire dans l'enseignement médical. La plupart des journaux de médecine de cette époque y ont pris part. Des polémiques très vives se sont engagées sur l'enseignement libre, sur la séparation du corps examinant du corps enseignant, sur les réformes à introduire dans les hôpitaux, etc., etc. De plus, six grandes réunions privées ont été tenues au gymnase de la Sorbonne et à la salle Pascaud. Malheureusement, ces discussions, qui permettaient d'espérer qu'on arriverait à quelques solutions utiles, ont été interrompues par la déclaration de guerre. Nous avons

publié le compte rendu de ces séances (1) dans le *Mouvement médical* de 1870, qui, de plus, a inséré de nombreux articles de Noël Pascal et de nous (2).

Personnellement, depuis la guerre et jusqu'à ce jour, nous n'avons jamais discontinué de traiter d'une manière particulière ces questions, parallèlement aux questions d'Assistance publique. Pendant ce temps (1872-1889), à part quelques exceptions et quelques rares articles, la Presse médicale semblait s'en désintéresser.

Depuis un an et surtout dans ces derniers mois, nous assistons à un mouvement d'opinion tout à fait comparable à celui que nous rappelions tout à l'heure. La plupart des réformes depuis longtemps réclamées sont remises à l'ordre du jour de la presse, et, dans cette nouvelle période d'agitation pacifique, il est juste de signaler la part importante qui revient à notre ami, le D[r] Henri Huchard, rédacteur en chef de la *Revue de clinique et de thérapeutique* et à ses collaborateurs MM. Chaput et Eloy. M. Huchard a eu, en outre, l'heureuse idée de soumettre à la *Société médicale des Hôpitaux* les propositions suivantes : 1° Suppression du concours de l'externat ; — 2° Suppression des internes en pharmacie ; — 3° Création dans les hôpitaux de chefs de laboratoires pour les recherches anatomo-pathologiques, bactériologiques et chimiques ; — 4° Relèvement du concours de l'internat ; — 5° Concours des prix de l'internat ; — 6° Nomination facultative des assistants par les chefs de service ; — 7° Création dans les hôpitaux de services consacrés aux branches spéciales de la médecine ; — 8° Organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux ; — 9° Réorganisation des consultations hospitalières sur le modèle de ce qui existe à l'étranger ; — 10° Modifications du concours du Bureau central.

La *Société médicale des Hôpitaux* a renvoyé l'examen de ces propositions à son Conseil de famille qui, après examen, a chargé M. Rendu de rédiger un rapport, dont la discussion a déjà pris plusieurs séances. Nous avons eu l'occasion de signaler quelques-unes des résolutions qui ont été votées (3).

Nous ne voulons dire aujourd'hui que quelques mots de la huitième conclusion concernant l'organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux. Tous les ans, depuis 1874, et souvent plusieurs fois la même année, nous avons insisté sur la nécessité, qui s'imposerait un jour ou l'autre, d'utiliser complètement les richesses qu'offrent les hôpitaux pour l'enseignement (4). Il y a quelques mois, dans le *Numéro des Etudiants*, nous avons encore une fois donné l'énumération de ces richesses. Nous n'avons pas à y revenir. L'organisation de l'enseignement dans les hôpitaux doit comprendre, pour le moment, la création de prosecteurs d'autopsies ou de chefs de laboratoires, qui seraient en quelque sorte chargés de l'enseignement de l'anatomie pathologique. Il faut donc doter les hôpitaux, qui n'en possèdent pas, de laboratoires et de musées. En second lieu, il faut compléter, généraliser l'enseignement clinique. L'organisation des autres branches de l'enseignement pourra venir plus tard.

L'enseignement clinique existe partiellement depuis bien des années. Le nombre des médecins ou des chirurgiens qui font des cours varie, tantôt assez restreint, tantôt assez considérable. De plus, beaucoup de médecins donnent des conseils pratiques à leurs élèves au lit du malade. Le but à poursuivre par le Conseil municipal de Paris, c'est d'encourager cet enseignement et, par ces encouragements, d'augmenter d'année en année le nombre des médecins qui s'y adonnent. C'est, *pour l'avenir*, d'obtenir des médecins qui seront nommés, l'engagement, s'il y a lieu, de faire de l'enseignement. La première mesure à prendre par le Conseil c'est de demander à l'Administration la liste des médecins et chirurgiens qui, en 1891, ont l'intention de faire des cours et de mettre à la disposition de ces maîtres une indemnité de x francs. Voilà pour l'enseignement à l'amphithéâtre. Mais à côté de cet enseignement, qui pourrait comprendre la clinique générale, les cliniques spéciales, la thérapeutique et même l'hygiène hospitalière, et que tous les médecins ne peuvent ou ne veulent faire, il y a tout un enseignement pratique qui, lui aussi, a droit à une subvention. C'est ainsi que des médecins pourraient s'engager à enseigner la façon d'interroger les malades, de recueillir les observations, la percussion, l'auscultation, le mode d'examen des maladies abdominales, des maladies des femmes, les accouchements, etc., d'une façon régulière, pendant trois ou quatre mois et à tour de rôle dans le même hôpital. Il va de soi que, dans notre pensée, on doit laisser les médecins libres de prendre part ou non à cet enseignement. Des affiches collectives pour chaque hôpital, par exemple, annonceraient les cours soit à l'amphithéâtre, soit au lit du malade. Il ne s'agit pas là d'ailleurs d'une innovation. Si nos souvenirs sont exacts, les médecins de Saint-Louis et ceux de l'hôpital Laënnec, et plus récemment ceux de l'hôpital Broussais, auraient procédé de la sorte.

Dans l'état des choses, la Société médicale pourrait se borner aux résolutions suivantes : 1° La *Société médicale des hôpitaux* est d'avis qu'il y a lieu d'organiser l'enseignement dans les hôpitaux de Paris ; 2° Elle émet le vœu que le Conseil municipal et l'Administration nomment une commission chargée d'étudier les voies et moyens d'arriver à cette organisation.

Le moment est propice. Un courant favorable à l'enseignement supérieur existe au Conseil municipal : il serait maladroit de n'en pas profiter. Il faut que l'intérêt de la Science et du Pays, d'ordre général, l'emporte sur toute autre considération. Nous ne voyons pas, du reste, en quoi l'organisation que nous souhaitons très ardemment lèse des intérêts particuliers. La Faculté ne peut et ne doit y voir qu'un concours puissant pour l'aider à former des médecins instruits et de bons praticiens. Les cours de clinique, faits par les médecins des hôpitaux, seront un stimulant pour les professeurs de clinique. L'émulation qui en résultera sera toute à l'avantage du progrès scientifique. Les médecins des hôpitaux, qui appartiennent à la Faculté en qualité d'agrégés, seront incités, plus qu'autrefois, à faire de l'enseignement clinique, et la Faculté trouvera dans cet enseignement un nouvel et précieux renseignement pour le choix de ces futurs professeurs.

BOURNEVILLE.

---

(1) N° 17, p. 198 ; — n° 19, p. 221 ; — n° 20, p. 234 ; — n° 22, p. 259 ; — n° 23, p. 271 ; — n° 24, p. 284 ; — n° 26, p. 306 ; — n° 27, p. 320 ; — n° 28, p. 330.

(2) Voir entre autres n° 11, p. 121 ; n° 13, p. 145 ; n° 14, p. 157 et 164 ; n° 15, p. 169 ; n° 16, p. 181 et 189 ; n° 17, p. 193 ; n° 18, p. 205 et 210 ; n° 19, p. 218 ; n° 20, p. 229 ; n° 21, p. 241 ; n° 22, p. 253 et 263 ; n° 23, p. 265 ; n° 25, p. 289 ; n° 27 p. 313 ; n° 29, p. 346. — Voir aussi les très intéressants articles de Louis Fleury sur les *Hôpitaux civils* dans les n[os] 31, p. 364 et 32, p. 378.

(3) V. *Progrès médical*, 1890, n° 48, p. 437 ; n° 50, p. 490 ; n° 52, p. 516 ; — 1891, n° 1. p. 13.

(4) Après avoir parlé de l'antagonisme regrettable de la Faculté et de l'Assistance publique nous ajoutions, dans le *Numéro des Etudiants* de 1874 : « Le jour où cet antagonisme regrettable disparaîtra, nous verrons s'effectuer sans doute, et au grand avantage de la Société qui aura de meilleurs médecins, la transformation des hôpitaux en autant de centres d'enseignement ayant leurs cliniques, leurs laboratoires, leur bibliothèque, etc., etc. » (p. 674). »

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 janvier 1891. — Présidence de M. Ch. Richet.

M. Féré lit une note *sur une pseudo-crampe des écrivains de nature épileptique.* Herpin a signalé en 1867 une cause capable de provoquer l'accès d'épilepsie : c'est la contracture d'une partie des muscles qui sont d'ordinaire le siège de la crampe initiale, quand il existe une aura bien nette. Il cite un graveur qui sentait si souvent des crampes en maniant son burin, qu'il dut quitter sa profession. Ces effets de l'activité motrice se montrent quelquefois avec un caractère particulier dans les crises sérielles, où l'on voit chaque mouvement volontaire provoquer un nouveau paroxysme, comme l'a montré M. Féré dans son livre récent sur les épileptiques. Il a eu l'occasion d'observer un cas dans lequel c'est la crampe des écrivains qui était l'occasion de l'accès. Il s'agit d'un homme de trente-trois ans, qui eut pendant son enfance des convulsions, puis des terreurs nocturnes, enfin des vertiges. A la suite d'excès d'écriture, le sujet étant employé de banque, il se déclara une crampe tout à fait spéciale avec fourmillements, sensations de froid, puis les doigts se fléchissaient violemment, et, au bout d'un certain temps, tout se passait, et il pouvait recommencer à écrire quand sa crise était passée, ce qui est, on le sait, anormal dans l'histoire de la crampe des écrivains. La crampe s'est généralisée au bout de quelque temps et a pris les caractères d'un véritable accès d'épilepsie vulgaire. Le bromure de potassium détermina une grande amélioration, ce qui confirma la nature de la maladie.

M. Veillon.— *Sur le Bacterium coli commune dans les abcès du foie.* — Il s'agit d'un malade revenu du Tonkin avec la dysenterie et un abcès du foie qui contenait un bâtonnet court, mobile, formant des plaques blanches sur la gélatine et l'agar et un exsudat jaune paille sur la pomme de terre. Ces caractères permettaient de l'identifier au bacille du côlon. Ce bacille ne se trouvait pas d'abord dans l'abcès du foie, au début, car une ponction, dont le produit fut examiné par M. Netter un mois avant l'incision, n'a rien révélé. Il n'apparut que tardivement, et sa présence put être constatée pendant onze jours. Il n'était donc pas la cause de l'abcès du foie, mais l'observation montre que les bacilles de l'intestin peuvent envahir les parenchymes voisins.

M. Laveran fait remarquer à ce propos que les abcès du foie des pays chauds, au début, ne contiennent en effet aucun microbe connu ; pas même les amibes signalés par quelques auteurs, comme les organismes pathogènes de la dysenterie ; en sorte qu'il reste là une inconnue.

M. Arnaud présente un malade dont la *pointe du cœur est située du côté droit.* La grosse tubérosité de l'estomac est remontée et occupe à gauche le vide laissé par le cœur.

M. Arnaud montre un lapin auquel il a pratiqué une opération ayant pour but de *détacher le rein de ses insertions* et de le faire glisser sous la peau, en respectant les vaisseaux du hile. L'animal a supporté très bien cette double opération et ses deux reins forment deux bosses sous-cutanées de chaque côté de la région lombaire. On peut pratiquer sur les animaux ainsi préparés une série d'expériences sur le rein, beaucoup plus aisément que d'habitude.

M. Pouchet a étudié *la moelle épinière du cachalot.* Elle présente un très petit volume, son diamètre est à celui du corps comme 1 à 120. M. Pouchet pense qu'on pourrait tenter d'expliquer ce petit volume de la moelle épinière par l'absence de plianères et de poils chez le cachalot.

M. Gréhant a cherché quelle était *l'augmentation dans l'exhalaison pulmonaire de l'acide carbonique,* quand on activait l'action musculaire par l'excitation électrique. L'état normal donne 0,215 mm. d'acide carbonique et l'excitation 0,335 mm.; l'augmentation est donc de 0,120 mm. en cinq minutes.

M. Raphael Blanchard a constaté que les *noyaux des cellules intestinales des Protées* de la Carniole étaient entourés d'une membrane très résistante. Quand la cellule se détruit, le noyau est expulsé en entier et peut être pris sous le microscope pour un œuf d'helminthe.

M. d'Arsonval présente un appareil qu'il a construit pour *filtrer le liquide testiculaire* de Brown-Séquard et qui permet de faire filtrer très vite les liquides organiques les plus mucilagineux. Cet appareil est basé sur l'emploi de l'acide carbonique liquéfié pour donner de la pression sur le liquide à filtrer; il est constitué par une bougie filtrante de Pasteur, entourée d'une gaine de cuivre, et sur laquelle on peut adapter les bouteilles à acide carbonique qui se trouvent dans le commerce. Les liquides de culture des micro-organismes pourraient être filtrés très avantageusement par ce procédé. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 janvier 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Hervieux lit un travail qui conclut à la nécessité de la *vaccine obligatoire* pour vaincre la résistance que la vaccination rencontre encore dans certains milieux, et surtout dans les colonies.

M. Le Fort combat le vote d'une loi tendant à rendre la vaccine obligatoire, sans pour cela, bien au contraire, être ennemi de la vaccination facultative, dont il est le partisan déclaré. Ce qu'il réclame c'est l'isolement effectif des individus atteints de variole, de scarlatine, de rougeole, de diphtérie dont les épidémies n'existent que par la multiplicité des contagions. Il demande que le service de la vaccine soit sérieusement organisé en France pour faciliter la vaccination gratuite. Il pense que la vaccination obligatoire est une atteinte à la liberté individuelle. Il faudrait d'abord prouver que la mortalité par variole est considérable. Or on ne la connaît guère que depuis 1886 et seulement pour 8,573,574 habitants. Pour réduire la mortalité on peut : 1° combattre la contagion par l'isolement des varioleux ; 2° rendre par la vaccination les individus réfractaires à la variole. Relativement à l'isolement, sauf à Paris, il n'y a absolument rien. La création d'un hôpital spécial à Paris a eu pour résultat de faire tomber la mortalité de 55 pour 100,000 à 3 pour 100,000 en l'espace de dix ans. Quant au nombre des vaccinés on n'en connaît rien. S'il y a peu de vaccinés cela tient, soit à la résistance à la vaccination, à la négligence des parents ou à la difficulté de faire vacciner les enfants. Les 600 fr. alloués par l'Académie sont insuffisants. Le Parlement anglais en alloue 198,000 pour ce service. Avant de rendre la vaccine obligatoire il faut la rendre possible. Citant l'exemple de l'Angleterre et de la Prusse il montre l'heureuse influence de l'isolement et des mesures contre la contagion. Chez nous on demande une loi imposant l'obligation de la vaccine pour un enfant n'ayant qu'une chance sur 65,000 de contracter la variole, alors qu'on n'en demande pas pour protéger la société contre un varioleux qui est un danger actuel et certain. Jamais une Chambre française ne votera une loi attentatoire à la liberté de conscience, comme celle qu'on demande là. Si elle était votée elle ne serait pas plus acceptée en France qu'elle ne l'est en Angleterre, où la loi qui rend la vaccination obligatoire a eu pour effet de compromettre la vaccine elle-même. Pour lui il pense que la vaccine est entrée dans les mœurs françaises, et que l'obstacle à la vaccination réside dans la difficulté de se faire vacciner. En somme ce qu'il faut c'est un service vaccinal bien organisé, facile, gratuit, et c'est aussi de rigoureuses mesures contre la propagation du germe variolique. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 *janvier* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. E. LABBÉ.

M. BALLET communique de la part de M. BOINET une observation de *paralysie faciale hystérique*, survenue il y a 7 ans chez une malade, âgée actuellement de 31 ans, et limitée au domaine du facial inférieur. Cette paralysie, survenue brusquement à la suite d'une émotion, s'accompagne d'anesthésie de la peau de la région ; elle paraît de nature hystérique, d'autant plus que la malade a eu l'année dernière du tremblement et d'autres phénomènes hystériques. Cette paralysie persiste depuis 1883. M. Boinet ne dit pas s'il a constaté des variabilités dans son intensité, mais il faut ajouter aux caractères déjà décrits dans une précédente communication la longue durée de ces affections.

M. RENDU demande si la superposition de l'anesthésie à la paralysie suffit pour affirmer la nature hystérique de ces affections. Il a eu dans son service une femme robuste prise à la suite d'un refroidissement de paralysie faciale et présentant une anesthésie complète de la région paralysée. La malade ne présentant aucun stigmate hystérique, le diagnostic a été paralysie faciale *a frigore*, à cause de l'étiologie très nettement établie de l'affection.

M. BALLET. — La présence de l'anesthésie superposée à la paralysie permet de soupçonner l'hystérie, mais non de l'affirmer. La paralysie faciale hystérique, dans tous les cas que j'ai observés jusqu'ici, était limitée au facial inférieur.

M. DUMONTPALLIER voudrait savoir si on a fait une différenciation entre les sensibilités au contact et à la douleur, si les malades avaient, dans la paralysie faciale hystérique, de l'analgésie sans anesthésie ou réciproquement. Il insiste sur ce caractère particulier que les troubles de la sensibilité et du mouvement sont répartis dans les paralysies hystériques en régions limitées, mais ne correspondant pas exactement à la distribution anatomique des nerfs. Si on considère que ces paralysies ont toujours une étiologie morale, on est poussé à admettre que l'action sur l'imagination peut jouer un grand rôle dans le traitement de ces affections et que la suggestion pourrait dans ces cas rendre de grands services.

M. BALLET croit que la constatation de la dissociation des sensibilités serait d'une grande importance en faveur de la nature hystérique de la maladie. Dans le cas qu'il a observé il y avait à la fois anesthésie et analgésie. Il croit également à l'étiologie psychique de ces affections et pense qu'on pourrait agir par la suggestion. Mais il ne l'a pas essayée. Il faut en tous cas observer encore bien des faits avant de se laisser aller à une interprétation pathogénique qui risque actuellement d'être erronée.

M. TALAMON rappelle qu'il a publié, il y a quelques années, avec M. LÉCORCHÉ, une observation de *palpitations* sous le nom d'*épilepsie cardiaque*. Il s'agissait d'un homme de 53 ans, très nerveux qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de 8 mètres, présenta un délire furieux qui dura un mois et demi. Depuis, il se trouva en proie à des crises de palpitations qui revenaient 3 ou 4 fois par mois. Ces crises commençaient par une sensation de coup dans la région précordiale suivie de vertige puis de palpitations avec oppression et anxiété croissante ; cela durait environ une demi-heure, puis, à la suite d'une sensation de coup sur la tête comme si on lui fendait le crâne, l'attaque cessait. Le 18 décembre il fut pris de sa crise, les battements du cœur sont si rapides qu'on ne peut les compter, le pouls est petit. C'est là un exemple très net de tachycardie essentielle, mais il diffère des exemples connus par la présence de ces troubles cérébraux que Trousseau proposait de classer dans les épilepsies partielles. La perte de conscience fait défaut, il est vrai, mais elle manque aussi dans les attaques de petit mal. On peut supposer que l'épilepsie soit quelquefois une cause de tachycardie. En tous cas, le fait rapporté prouve que la tachycardie essentielle paroxystique peut être la conséquence de phénomènes cérébraux consécutifs à un traumatisme du crâne et il peut être considéré comme venant à l'appui de l'hypothèse formulée par MM. Debove et Huchard de l'origine nerveuse centrale de ce trouble cardiaque.

M. HUCHARD ne croit pas qu'on doive rattacher la tachycardie essentielle à l'épilepsie, car elle survient chez des gens âgés, ce qui ne va pas avec l'épilepsie. Celle-ci peut cependant être en rapports avec les affections organiques du cœur, ainsi que l'a établi Lemoine dans sa thèse ; mais je ne sache pas qu'en ces circonstances on ait signalé la tachycardie.

La Société se forme en comité secret pour continuer la discussion sur les réformes à introduire dans l'enseignement médical et le concours du Bureau central. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 *janvier* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. HORTELOUP.

M. BERGER fait un rapport sur trois observations ayant trait à la *chirurgie du pied* : 1° *Un nouveau procédé de résection ostéoplastique du pied*, par M. MICHAUX ; — 2° *Phlegmon du pied consécutif à une fracture et résection du tarse*, par M. GELLÉ (de Provins) ; — 3° *Un cas d'ostéo-arthrite du tarse*, par M. PHOCAS (de Lille). — Le nouveau procédé opératoire, conseillé par M. Michaux pour l'opération de Vladimiroff-Mickulicz, appliqué par l'auteur dans un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, consiste en ceci : 1° l'incision, comprenant toutes les parties molles (peau, tendons, muscles), part de la partie externe du tendon d'Achille, au niveau de son insertion au calcanéum, et se dirige horizontalement, en passant au-dessous de la malléole externe. Puis elle traverse le cou-de-pied pour venir se terminer à l'articulation du cuboïde avec le scaphoïde. De ce point elle rebrousse chemin, revient sur la partie externe du dos du pied, et descend perpendiculairement à l'axe du pied jusqu'au tubercule du 5e métatarsien. Du bord externe du pied, où elle s'arrête, elle se dirige directement en arrière, longeant ce bord, puis remonte sur le bord externe du talon pour rejoindre le point d'origine. Cette incision circonscrit ainsi un îlot cutané quadrangulaire avec pointe en dedans et en avant ; 2° ceci fait, on ouvre l'articulation tibio-tarsienne, dégage la face postérieure du pied, libère le calcanéum, puis le tarse qu'on attire en bas ; 3° enfin on procède à la section des os, généralement sur la partie postérieure des métatarsiens et au niveau de l'extrémité tibio-péronière ; 4° la suture osseuse est faite au catgut pour chacun des métatarsiens. — Ce procédé est bon, car il permet l'ablation d'une partie de peau qu'on n'a pas besoin de conserver, et le sacrifice de cette peau réduit notablement l'énorme débordement des parties molles. D'autre part, on a une voie plus large pour pratiquer la désarticulation et on peut parer aux éventualités qui peuvent se présenter au cours de l'intervention. C'est ainsi qu'on peut, après cette incision, faire d'autres résections plus simples ou une amputation ménagée. Enfin, ce procédé permet de conserver intacts les vaisseaux et nerfs plantaires, ce qui a bien son importance, quoique les accidents de gangrène et les troubles trophiques se soient rarement montrés après cette opération. — D'ailleurs, chez le malade opéré par M. Michaux, ce procédé a donné un résultat très satisfaisant.

M. Gellé, dans un cas différent (fracture par écrasement du calcanéum suivi de phlegmon par dépression consécutif à l'infection du foyer de fracture), a fait une résection des os du tarse à l'aide d'un lambeau talonnier obtenu par 2 incisions verticales, en U, passant au niveau des malléoles et sur la face plantaire. Dans cette manière de faire on sacrifie les vaisseaux et les nerfs plantaires : ce que ne peut admettre M. Berger. Il reconnait que M. Gellé avait affaire à un cas spécial, mais son procédé n'est qu'un procédé de nécessité. Il préfère celui de Michaux qu'il emploiera désormais.

Le cas de M. Phocas est surtout intéressant parce qu'il a trait à un enfant de 7 ans 1/2 et parce que le tarse enlevé se refit assez vite.

M. Berger, jadis, n'était pas très favorable aux résections dans les ostéo-arthrites du pied et se bornait aux moyens dits de douceur. Il reconnaît aujourd'hui que, pour les malades des hôpitaux qu'il est difficile de soumettre à un traitement médical sérieux et prolongé, on doit faire des résections de bonne heure. On obtient d'excellents résultats si l'on évite la

suppuration et a soin d'enlever toutes les fongosités des parties molles. Chez les enfants, par contre, il faut absolument conserver les extrémtés épiphysaires et faire des opérations atypiques, des énucléations, etc.

M. TERRILLON communique deux cas de *lymphadénome du testicule*. Si l'on opère ces tumeurs au début, on a des chances d'obtenir des résultats durables, ainsi que le prouvent les deux observations suivantes :

1er *Cas* : Homme de 45 ans, très vigoureux, présentant une partie dure, très dure, dans le testicule gauche, au 1/4 inférieur, sans autres altérations du côté du cordon, de la prostate. Ni syphilis, ni tuberculose. Traitement par le mercure et l'iodure de potassium pendant 1 mois. Aucun résultat. La partie indurée avait augmenté ; pas de bosselures. Des douleurs au bout de quelque temps. Opération le 4 juin 1887. Examen histologique par M. Brault. Guérison sans récidive depuis 3 ans 1/2 ; mais impuissanee depuis.

2e *Cas* : Observation identique. Homme de 32 ans ; guérison depuis 18 mois.

M. TERRILLON rapporte en outre plusieurs cas de *castration chez des tuberculeux testiculaires* avec guérison définitive. L'une de ces observations a trait à un cas de tuberculose aiguë, forme rare.

M. RECLUS dit que de telles observations ne sont pas rares. Il rappelle les travaux publiés sur la castration pour tuberculose testiculaire et la forme aiguë de cette affection.

M. BOUILLY cite un cas de guérison prolongée d'un *lymphadénome* testiculaire. Il y a 5 ans, il a opéré un homme de 28 ans, atteint d'un néoplasme du testicule. Aucun résultat n'avait été obtenu par le traitement antiseptique administré au préalable. Depuis l'opération, pas de récidive, et cet homme s'est marié. L'examen microscopique a été fait.

M. VERNEUIL. — Bon nombre de tuberculoses du testicule guérissent sans castration. Quant à lui, il préfère à cette opération la cautérisation interstitielle au thermocautère. Il a remarqué qu'après ces cautérisations on observait parfois une diminution des lésions de la prostate et des vésicules séminales (il l'a observée dans deux cas).

M. BAZY a fait une fois une remarque analogue. Cette rétrocession des lésions prostatiques a été constatée d'une façon très nette. Est-ce la conséquence de la révulsion produite par la cautérisation interstitielle ou de l'amélioration de l'état général? Il ne saurait le dire.

M. TERRILLON ajoute que le cas de tuberculose aiguë qu'il a présenté était remarquable par la nature des lésions : le testicule pesait 200 grammes et l'épididyme n'était pas atteint.

M. LE DENTU fait une communication sur un *nouveau procédé de traitement de la constriction des mâchoires d'origine cicatricielle*. La méthode d'Esmarck et de Rizzoli ne lui semblant pas donner des résultats fonctionnels bien remarquables. M. Le Dentu a résolu, dans un cas de rétraction absolue du masseter du côté gauche, consécutive à une périostite alvéolo-dentaire, d'agir sur le muscle lui-même, non pas en le sectionnant, mais en le désinsérant, appliquant ainsi à la chirurgie générale le procédé de traitement du strabisme. Dans ce but, il décolla du maxillaire supérieur avec une rugine l'insertion du masseter jusqu'à l'apophyse coronoïde, contourna le bord antérieur et obtint une mobilité complète et un écartement de 3 à 4 centimètres. Pour maintenir ce résultat, il plaça à demeure le bâillon unilatéral de Mathieu, puis des coins de bois. L'écartement n'est plus aujourd'hui que de 2 centimètres et demi, mais il est suffisant. Ce procédé ne peut s'appliquer qu'aux cas où la muqueuse buccale est saine.

M. MOTY présente un *réséqué du genou*.

M. BAZY montre des pièces provenant d'une *grossesse extra-utérine* traitée par la laparotomie. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 janvier 1890. — PRÉSIDENCE DE M. VIGIER.

M. VIGIER présente des échantillons de *Retmol*. Ce corps dissout le phosphore, le salol, l'iodol, le naphtol, la créosote, etc., ce qui permet de s'en servir comme excipient dans les capsules destinées à faire absorber ces substances.

M. C. PAUL. — Les capsules phosphorées semblent être dangereuses, car le phosphore est un médicament qui ne prévient pas du moment de l'intolérance possible. Souvent, en le donnant, on n'obtient pas d'effets, puis, tout à coup, surviennent des accidents terribles. Je ne veux pas en dire du mal, mais prévenir les médecins qui voudraient l'expérimenter. La teinture de digitale, donnée dans le delirium tremens à la dose de 8 à 15 grammes, agit d'une façon aussi dangereuse et produit des accidents que l'on ne prévoit pas.

M. BERLIOZ. — M. Vigier a-t-il déterminé le degré de solubilité des corps dans le retmol ?

M. VIGIER. — J'en ai déterminé quelques-uns. Le salol est très soluble à 1/3 ; le naphtol, l'aristol et l'iodol à 1 pour 50 ; l'acide phénique et la créosote en toutes proportions. J'ai toujours fait les solutions à froid ; la dissolution doit mieux se faire à chaud ; ces solutions ne se mêlent pas à l'eau.

M. Pierre VIGIER. — On obtient le retmol par la distillation sèche de la colophane de 200° à 228°.

M. PIEDALEU (du Raincy). — *Traitement de la métrite parenchymateuse par scarifications profondes du col de l'utérus.* — Il présente un instrument destiné à faire des scarifications et un spéculum spécial.

Suite de la discussion sur le traitement de la pleurésie purulente.

M. C. PAUL. — Le diagnostic de la pleurésie doit toujours être fait après une ponction pleurale antiseptique. Si on a une ponction blanche, c'est qu'on se trouve en présence de l'atélectasie pulmonaire ; d'autre part, le liquide étant retiré, on doit faire l'examen histologique et bactériologique, si la pleurésie contient du pus en assez grande abondance. Si le liquide est purulent, suivant que l'on trouve des microbes différents on est éclairé sur la nature de la pleurésie. Avant de faire la pleurotomie, je fais une ponction ; vers la fin de celle-ci, le pus étant très épais, j'injecte du liquide antiseptique pour le délayer, puis je le vide, et ainsi de suite jusqu'à avoir expulsé la plus grande partie du liquide pleural. C'est après que je fais la pleurotomie. Le trocart me sert de conducteur pour le bistouri. Le malade souffre moins des quintes de toux qui existent toujours quand on fait la pleurotomie d'emblée, et il n'est pas baigné dans le pus, qui d'ordinaire jaillit à distance et salit tout ce qui entoure le lit. — Après avoir fait l'incision, je plonge dans la poitrine deux tubes en caoutchouc, maintenus par une rondelle de caoutchouc à l'extérieur. Le tout est recouvert d'un pansement antiseptique. Les 2 tubes communiquent avec un siphon qui plonge dans un bocal contenant une solution antiseptique et placé au pied du lit. Le pus s'écoule de la plèvre dans ce bocal. La cicatrisation de la plaie s'opère tout autour des 2 tubes qui traversent la paroi thoracique. Au moyen des 2 tubes, on peut faire le lavage de la plèvre si on y tient.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Il est une maladie qui simule la pleurésie bien plus que l'atélectasie : c'est le cancer du poumon. La ponction avec la seringue exploratrice est indiquée dans tous les cas d'épanchement. Nous ne possédons pas encore de bonne seringue aseptique. La seringue de Roux est la meilleure, mais le piston en moelle de sureau ne tient pas ; il se détruit rapidement. Le procédé de M. C. Paul est un moyen terme entre la méthode de Potain et l'empyème. — Par l'empyème d'emblée, en faisant des injections de cocaïne, la douleur existe à peine. Je ne vois pas l'avantage de faire un lavage pour le système de M. Paul.

M. BUCQUOY. — Je désirerais que M. Paul nous apportât des faits, des observations en faveur de son procédé. Ce procédé est extrêmement compliqué. Le danger de l'empyème est plus pour l'opérateur et les aides que pour l'opéré. Dans le procédé de M. Paul, je crois que l'incision de la plèvre n'est pas assez large. Je crois que l'écoulement doit facilement se faire, et les tubes se bouchent facilement, surtout les premiers jours, et le pus s'écoule beaucoup plus en dehors que par les tubes. Quant à l'examen bactériologique de la pleurésie, je n'en vois pas l'utilité au point de vue de l'indication thérapeutique.

M. C. PAUL. — Certainement mon procédé est plus long, mais on n'a pas l'inconvénient de l'inondation par le pus au moment de l'opération, et le pansement est moins mouillé par la suite. Quand je fais mon incision, le parallélisme des plans de l'espace intercostal n'est pas détruit. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 8 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

M. HALLOPEAU donne de nouveaux détails sur le cas qu'il a présenté dans la dernière séance sous la dénomination d'*herpès en cocarde confluent du tronc* et qu'il propose aujourd'hui d'appeler *dermatite herpétiforme en cocarde.* L'éruption a, en effet, rapidement changé de caractères et elle a présenté pendant plusieurs jours ceux qui appartiennent à cette dermatite ; bien que la poussée n'ait pas été de longue durée et que l'on ne puisse prévoir s'il se produira des récidives, on est en droit de la rattacher à ce type morbide. Elle a été nettement polymorphe ; de nombreuses taches de purpura sont venues s'ajouter aux placards érythémateux, vésiculeux et bulleux. Il s'est produit en outre une néphrite aiguë et, sous son influence, des troubles graves de la santé générale, de l'albuminurie, de l'oligurie, une anasarque généralisée, de l'ascite et un état d'asthénie profonde ; l'existence du malade est en danger. Ce fait montre une fois de plus que la bénignité attribuée à ces dermatites est loin d'être une règle absolue ; M. Hallopeau a actuellement dans son service un autre cas qui vient de se compliquer d'endocardite aiguë ; il semble que les toxines, dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie, puissent ne pas limiter leur action phlogogène à la peau et l'exercer simultanément sur différents viscères tels que les reins et le cœur.

M. VIDAL présente un malade atteint d'un *xanthelasma généralisé, périfolliculaire en plusieurs régions.* Cet homme, âgé de 34 ans, présente du xanthelasma *planum* et *tuberosum* en différents points du corps. Le début de la lésion se fait sous la forme d'une saillie des follicules pileux et tout autour se produit la néoplasie jaunâtre, périfolliculaire. Les sièges d'élection sont les plis palmaires, les coudes, les genoux, les fesses. Sur la face on ne trouve aucune lésion : sur les paupières, notamment, qui sont pourtant le siège de prédilection du xanthelasma, on n'en trouve aucune trace. Au début, il y a des démangeaisons assez vives ; l'apparition de la néoplasie est rapide ; il n'y a pas de lésions de muqueuses. Il s'agit là d'une forme spéciale analogue à ces cas qui ont été décrits sous le nom de xanthelasma diabétique, bien que ce malade n'ait pas de sucre dans l'urine. Les coupes microscopiques de ces éléments montrent que la lésion est profonde, diffuse au pourtour des follicules pileux. Dans le xanthelasma diabétique, R. Crocker a vu, au contraire, que la lésion est superficielle, et il se demande même si la coloration ne vient pas de l'épiderme. Dans le cas présent, les couches épidermiques sont saines.

M. HALLOPEAU a décrit sous le nom de xanthelasma plusieurs espèces morbides qui ne se ressemblent que parce qu'elles ont comme signes communs ces petites tumeurs. Or, ici, je ne trouve pas les caractères de ce que l'on décrit sous le nom de xanthelasma. Ces éléments n'ont pas la coloration du xanthelasma palpébral, non plus que sa consistance. Leur siège périfolliculaire en fait encore un type spécial.

M. BESNIER. — Il n'y a pourtant aucun doute qu'il ne s'agisse ici de xanthelasma, mais il faut savoir qu'il y a dans cette affection des formes qu'on ne savait pas y voir autrefois. L'une des questions les plus intéressantes au sujet du xanthelasma est celle de ses rapports avec quelques grandes cachexies et notamment avec le diabete. Dans le cas particulier, il s'agit d'un xanthelasma diabétique et si le sujet n'est pas glycosurique il faudrait savoir s'il n'y a pas dans sa famille quelque malade atteint de diabète. J'ai vu des cas de cet ordre. Ce sujet est arthritique et il pourra devenir diabétique. Sans pouvoir affirmer en quoi consistent ces rapports, on peut dire cependant qu'ils ne font pourtant aucun doute. Un des caractères de ce xanthelasma diabétique est qu'il est intermittent ; il augmente parfois par poussées qui correspondent à des poussées dans la glycosurie.

M. FEULARD présente un enfant de 21 mois, atteint de *syphilis héréditaire.* — Les lésions principales étaient une syphilide tuberculeuse sèche et circinée qui siégeait symétriquement sur les joues sous forme de deux grands cercles rouges érythémateux. Il y a, en outre, cette conformation spéciale du crâne, connue sous le nom de crâne natiforme. La dépression de la ligne médiane est très accentuée. La guérison est en bonne voie sous l'influence du traitement spécifique.

M. FOURNIER présente, au nom de M. le Dr MARÉCHAL, un nouvel instrument et un mémoire sur : *Syphilis et vaccination.* Partant de cette idée que les cas de syphilis vaccinale par contagion instrumentale sont nombreux, M. Maréchal supprime la lancette et propose qu'on se serve, pour chaque sujet à vacciner, d'un instrument neuf. Après avoir essayé différents points, il a donné la préférence à la plume métallique, qu'il fait monter sur un instrument, le vaccino-style. Il a ainsi étudié les résultats auxquels on arrive dans les vaccinations, suivant les instruments dont on se sert. Avec sa plume, il arrive à 63 % de succès. La plume n'est pas fendue comme une plume ordinaire et elle est affutée. M. Fournier fait remarquer que cet instrument pourra être utile dans les inoculations expérimentales de pus chancreux, de pus syphilitique, sans qu'on puisse accuser la lancette d'être cause d'erreur dans les résultats obtenus. L'instrument ne servira qu'une seule fois et on ne pourra ainsi inoculer le pus d'un sujet précédent.

M. LAILLIER. — Cette idée n'est pas nouvelle et je m'étais autrefois servi d'une aiguille en iridium et platine, qui était pour chaque sujet portée au rouge et sérilisée. Ce nouvel instrument pourra même offrir un inconvénient si l'on n'a pas soin de détruire la plume dont on vient de se servir : on la ramassera et l'on tombera ainsi dans le mal qu'on voulait éviter.

M. VIDAL fait au nom de la Commission d'études des médecins de l'hôpital Saint-Louis une communication sur le *traitement de la tuberculose cutanée par le liquide de Kock* (1).

M. GAUCHER communique une observation *de vaccine généralisée suivie de mort.* Il s'agit d'un enfant d'un mois qui avait été vacciné et qui présenta au neuvième jour de nombreux boutons qui siégèrent sur toute la surface du corps, en même temps que survenaient des phénomènes généraux sérieux. Outre les pustules vaccinales il y avait une grande quantité d'éléments éruptifs à l'état de pustules, de vésicules et même de papules, et cela en des points où l'enfant ne pouvait se gratter. Tout autour, auréole inflammatoire. L'état général devient de plus en plus mauvais et l'enfant finit par succomber. A l'autopsie on trouva les lésions congestives et dégénératives des maladies infectieuses, du côté du foie notamment. Il s'agissait bien là d'une vaccine généralisée et non d'auto-inoculations par grattage.

M. HUMBERT fait une communication sur les *pseudo-chancres indurés des anciens syphilitiques.* Ce sont pour lui des syphilomes ordinaires et rien ne permet d'y voir une entité spéciale comme on l'a soutenu. Quant à leur induration, elle tient à leur siège au niveau de la rainure, par suite de la structure de cette dernière. En cet endroit, les chancres simples eux-mêmes sont le plus souvent indurés. M. Humbert cite un malade qui a présenté à deux reprises de ces accidents de syphilis tertiaire, et il appelle incidemment l'attention sur la ténacité de certaines manifestations syphilitiques qui, quoi qu'on fasse, récidivent à chaque instant et toujours au même point.

M. FOURNIER. — Le pseudo-chancre induré n'est pas, en effet, un accident spécial : il prend seulement le masque d'un accident primitif. C'est un syphilome tardif ordinaire qui présente cette particularité de siéger sur les organes génitaux. Quant à la reproduction au même siège de certaines manifestations syphilitiques avec une ténacité désespérante, il y a là un fait aussi intéressant que peu connu. M. Fournier en rapporte plusieurs cas.

M. BARTHÉLEMY fait remarquer que ces ulcérations chancriformes ont été prises parfois pour une réinfection syphilitique.

PAUL RAYMOND.

(1) Voyez page 52.

HOPITAUX DE ROUEN. — Un concours pour une place de chirurgien adjoint aura lieu le 16 août 1891. S'adresser à la direction des hospices.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 6 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. PARINAUD.

M. DESPAGNET. — *Présentation d'un cas d'anophtalmie.* — Il s'agit d'un enfant de vingt jours dont le père et la mère sont bien portants et n'ont pas entre eux de consanguinité. Chez les ascendants, on n'a noté aucune particularité. Du côté gauche, il n'y a aucun globe embryonnaire. A droite, on sent sous la paupière la saillie d'un petit bulbe mobile; il y a dans ce côté *microphtalmie*. Les paupières sont formées et ne présentent qu'une petite fente. Les points lacrymaux sont normaux. L'auteur fait remarquer que l'*anophtalmie* absolue est exceptionnelle; il ajoute, à titre de renseignement curieux, que la mère, pendant sa grossesse, a été obsédée par l'idée que son enfant serait aveugle et qu'à sa naissance elle a immédiatement demandé si son enfant avait des yeux formés.

M. GILLET DE GRANDMONT a pu, dans un cas d'absence d'un des yeux chez un enfant, développer les culs-de-sac conjonctivaux en introduisant à travers la fente palpébrale des petits boutons de verre dont on augmente insensiblement le volume.

M. DRANSART (de Somains). — *Capsulotomie et capsulo-ectomie.* — Dans une précédente communication, l'auteur a établi l'existence d'épanchements séreux sans chémosis s'accompagnant de diminution progressive de l'acuité visuelle par compression du nerf optique. La formation du chémosis est un symptôme heureux de détente. L'indication capitale est d'empêcher la formation du liquide en ouvrant la capsule de Tenon. La *capsulotomie* a donné de bons résultats à M. Dransart dans plusieurs cas d'amblyopie par épanchement retro-oculaire. Il fait dans l'espace compris entre le droit intérieur et le droit externe une incision de 8 millimètres de hauteur dans la capsule de Tenon et la dissèque profondément. Dans un cas, cette opération n'amena pas l'écoulement de la sérosité, mais le lendemain les pièces de pansement étaient mouillées, ce qui indiquait que le liquide était retenu par les mailles de la capsule. La *ténonite phlegmoneuse*, la *ténonite séreuse* et l'*irido-choroïdite* observée dans ce cas sont justiciables de ce mode d'intervention. L'auteur applique la *capsulo-ectomie* ténonienne aux cas de *blessure de l'œil* avec chémosis, à certains *décollements de la rétine*, aux *troubles du corps vitré*, à la *myopie progressive*.

M. GORECKI cite un cas singulier, qu'il n'a vu qu'une fois pendant ses vingt années d'exercice. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une blessure légère d'un œil, eut un petit phlegmon qui entraîna l'atrophie du nerf optique. Ce fait semblerait tout d'abord donner raison à la théorie de M. Dransart, mais il ne croit pas que la présence d'un liquide puisse amener l'atrophie du nerf par compression; une intervention quelconque agit à titre de simple dérivatif.

M. PARINAUD rappelle qu'il a le premier décrit les névrites retro-bulbaires de cause locale. Il les attribue au rhumatisme et elles surviennent dans les mêmes conditions que la sclérite postérieure. Leur évolution est caractéristique; vers la troisième semaine on peut avoir une amélioration sensible.

M. GALEZOWSKI pense qu'il est inutile de faire l'opération dont parle M. Dransart, quand aucun signe extérieur ne prouve l'existence du liquide.

M. CHIBRET. — *De l'aspiration appliquée à l'extraction du cysticerque du corps vitré.* — Sur un très grand nombre de malades l'auteur a rencontré trois fois le cysticerque. Le procédé de de Græfe ne lui ayant pas donné de résultats, il a songé à pratiquer l'extraction en se servant d'une seringue d'Anel munie d'une grosse canule. Après avoir fait une incision méridienne, il introduisit la pointe de la canule et put amener la tête du cysticerque. M. Chibret pense que de Græfe a échoué parce qu'il s'est trouvé en présence de cas où le cysticerque était trop mobile. C'est dans ces cas que l'aspiration peut rendre de réels services.

M. VIGNES. — Le procédé qui consiste à aller chercher le cysticerque après avoir fait l'extraction du cristallin a été employé par M. Landolt, il y a quelques années, et ne lui a pas donné des résultats encourageants.

M. CHEVALLEREAU. — On pourrait éclairer l'œil pendant l'opération préconisée par M. Chibret, qui est du reste ingénieuse.

M. DESPAGNET. — Il est difficile de manier la seringue d'Anel dans le corps vitré; l'incision simple peut suffire.

M. GALEZOWSKI. — L'incision seule peut, en effet, donner le résultat attendu, mais il est nécessaire qu'elle soit exactement faite dans la direction du cysticerque. Dans un cas opéré par lui, le parasite se présenta dans la plaie, aussitôt l'incision faite. A ce propos, M. Galezowski rapporte l'observation d'un cas rare qu'il a vu avec M. le Pr Panas. Chez une femme de 50 ans, dont la vue d'un œil s'est perdue depuis 10 ans, on a constaté vers la partie centrale de cet œil une tumeur qui soulève la rétine, masque le nerf optique, et dont les bords sont tranchés et saillants. Le bord supérieur seul se confond avec la rétine. Il s'agit probablement d'un kyste analogue à celui qu'a décrit M. Panas dans son atlas. La malade présente des phénomènes sympathiques qui imposent l'énucléation.

M. DARIER. — Cette affection est une dégénérescence kystique provenant d'une prédisposition congénitale et ne saurait produire d'accidents sympathiques.

M. GALEZOWSKI. — Il n'y a que 10 ans que l'affection a débuté; il est donc difficile d'invoquer une prédisposition congénitale.

M. CHIBRET répond à M. Chevallereau qu'il est difficile de régler convenablement l'éclairage pendant l'opération. Mais il a eu soin de bien déterminer la position occupée par le cysticerque avant d'opérer. Il ajoute que, lorsqu'il est petit, il peut parfaitement sortir par une incision méridienne.

M. JAVAL dépose sur le bureau un livre intitulé : *Mémoires d'ophtalmométrie*, qui comprend tous les travaux faits depuis 1881, français et étrangers, et qui sont tous consignés dans leur langue originale.

M. GORECKI, secrétaire général, donne lecture d'un rapport intéressant et très étudié des travaux accomplis pendant l'année.

M. PARINAUD, en cédant à M. Abadie le fauteuil de la présidence, remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en lui confiant cette tâche, parfois difficile et laborieuse, mais singulièrement facilitée par la courtoisie apportée dans les discussions et l'écart de toute personnalité. La prospérité toujours croissante de la Société d'ophtalmologie, pour laquelle il a fait de constants efforts, aidé, du reste, par l'active collaboration des membres du bureau, prouve qu'une association scientifique doit surtout puiser sa force et sa vitalité dans l'abondance et le choix de ses travaux et l'estime qu'elle peut inspirer.

M. PARENT, vice-président, donne lecture d'une lettre de remerciements de M. Abadie, dont les principaux points portent sur les progrès accomplis en ophtalmologie pour l'étude des grands problèmes, grâce aux recherches bactériologiques et à l'application rigoureuse de l'antisepsie.

E. KOENIG.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 18 décembre 1890. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

A propos du procès-verbal, une discussion s'engage sur la question de la *revaccination*. M. HERVÉ dit que l'obligation de la vaccination remonte à 1874. Pour les années de forte mortalité, il serait intéressant de savoir s'il n'y avait pas d'épidémies.

M. LABORDE répond que cette obligation est antérieure à 1874 et que, même en Allemagne où la revaccination était obligatoire, il n'y avait pas cas de mort chez les varioleux dans les années d'épidémie.

M. BUISSET constate que la mortalité a diminué dans l'armée depuis qu'on octroie une eau plus pure aux troupes et qu'il y a moins de cas de fièvre typhoïde. L'emploi de l'eau de puits devrait être défendue partout; malheureusement les brasseurs et les boulangers continuent à en faire usage.

M. L. BONNEMÈRE fait une communication sur *les polissoirs modernes*.

M. le Dr Ch. FAUVELLE communique à la Société des photographies de *criminels tiérachons*. Il en décrit certains caractères spéciaux, entre autres la brièveté des pouces presque simienne, due surtout à la faible longueur du métacarpien.

M. COLLIN présente des instruments ethnographiques des Somalis.

M. VIETTE fait présenter par M. HERVÉ des pointes de flèches de l'Aisne.

M. DIAMANDI décrit, avec pièces à l'appui, des bijoux bulgares.

La discussion au sujet de la *natalité en France* est continuée par MM. FAUVELLE, HERVÉ, VINSON, LABORDE, SANSON, ESCHENAUER, VERNEAU, G. DE MORTILLET.

M. Fauvelle dit que la religion catholique, de par les préceptes de l'Église condamnant l'abus des fonctions génésiques et voyant le maximum de perfection dans l'abstinence complète des religieux et des religieuses, est un élément déprimant pour la natalité. — M. de Mortillet cite, comme exception, la ville de Genève où les familles catholiques ont plus d'enfants que les familles protestantes. — M. Verneau dit qu'au Canada les familles catholiques ont plus d'enfants que les familles des colons anglais. — M. Vinson rappelle qu'autrefois la famille en France avait plus d'enfants. Il n'était pas rare d'en trouver ayant 10-12 et même plus d'enfants. Dans les pays basques on allait même jusqu'à enrayer la trop forte natalité, car, la nourriture manquant, on tuait les filles superflues. Le clergé n'a jamais brillé par la chasteté, au point qu'à certaines époques il a fallu lui imposer des concubines pour éviter des abus plus graves.— M. Laborde signale l'existence de livres ou manuels spéciaux destinés à compléter l'éducation du prêtre en lui apprenant ce qui est, ou non, permis. Ils prennent cependant d'ordinaire plus de latitude.— M. Eschenauer cite la statistique de Strasbourg en 1870 établissant que la population augmente bien plus chez les nations non catholiques que chez les catholiques.

Séance du 8 *janvier* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Le nouveau Bureau de la Société pour 1891 entre en fonctions avec les discours d'usage.

M. LABORDE prononce l'*éloge funèbre de Baillarger*, un des principaux donateurs de la Société. Il rappelle ses beaux travaux sur la structure et la formation du cerveau, sur la classification des *hallucinations*, sur la *paralysie générale* (1), etc.

M. COLLIN présente une collection d'*armes provenant du haut Congo,* dans lesquelles M. VERNEAU reconnaît une industrie importée probablement de l'Afrique orientale, tandis que M. A. DE MORTILLET ne voudrait pas voir attribuer telle arme exclusivement à tel peuple, eu égard aux intercourses nombreuses des peuples africains.

M. G. DE MORTILLET rappelle l'origine de certains bracelets en bronze affectionnés par les tribus africaines, bracelets fabriqués à Nantes.

M. SIMONI, faisant une communication sur *le sous-sol d'Andressy* et sa constitution géologique, est tombé sur une couche argileuse.

M. BEAUREGARD, à propos de la discussion sur la natalité dans la séance précédente, cite les textes hilariants d'Escobar et d'autres casuistes *ejusdem farinæ.*

M. CHERVIN continue cette discussion, permanente à l'ordre du jour, en s'appuyant surtout sur un grand nombre de ses relevés de statistique très détaillés et consciencieux. La faible natalité en France existe aussi bien dans la noblesse que dans le peuple, car on ne compte dans la noblesse française que 2/7 enfants par famille, tandis que la noblesse anglaise et l'allemande en ont 5, chiffres rentrant par conséquent dans les conditions générales. La religion, en condamnant les abus, pousse à la repopulation, mais on ne va pas demander, pour ce faire ou non, avis au clergé. Il ne faut pas faire intervenir la question religieuse ni le célibat des prêtres dans les questions de natalité. Le nombre des célibataires religieux n'a pas beaucoup diminué depuis la révolution : à cette époque, la France en comptait 195.000 ; elle en avait 150.000 en 1866 et 127.000 en 1886, pourtant la natalité diminue. L'alcoolisme et la syphilis peuvent être des causes graves comme en Normandie, mais ce ne sont pas des causes générales. Les causes relevant du morcellement de la propriété ne sont également que locales et la propriété n'est pas morcelée à l'excès. En Angleterre on se félicite de voir disparaître les grands majorats et on constate volontiers l'avenue de la petite propriété. Une cause bien plus importante et plus générale de l'affaiblissement de la natalité est l'état de guerre et de révolution. Une statistique très sérieuse et très exacte établie en Suède par M. Berk montre que les guerres et ses contre-coups se répercutent dans la variation du chiffre des naissances dans la population, mathématiquement jusqu'à 3 et 4 fois au point qu'on peut les prévoir. Aussi M. Chervin cherche-t-il la raison de la diminution des naissances dans un contre-coup de la guerre de 1870, la plus meurtrière. On connaît depuis longtemps les « enfants du siège. » La restriction volontaire est, sans doute, une autre cause importante. Passant ensuite à l'examen spécial et détaillé du département de Lot-et-Garonne, M. Chervin montre que là, où les valeurs successorales et les dotations sont les plus riches, les enfants sont les moindres. Ce département, un des plus riches et des plus fertiles, est moins peuplé aujourd'hui qu'au commencement du siècle. Seul l'arrondissement de Nérac se distingue par une natalité supérieure et c'est le moins riche. La natalité est ensuite examinée suivant les cantons. Le canton le plus pauvre a 12 fr. de revenu imposable net par hectare ; le plus riche en a 137 : or, le plus riche a 1.109 enfants et le plus pauvre 1.972. Il y a 10 communes riches qui n'ont même pas un enfant en moyenne par famille. Une conclusion générale se dégage : il faut diminuer la mortalité. L'hygiène appliquée, comme l'a dit M. Brouardel, permettrait d'épargner des milliers de vies humaines. Il y a encore des départements qui, de propos délibéré, se refusent à voter les crédits de la loi Roussel, préférant laisser mourir les enfants que de les recueillir. L'administration fait bien de veiller. M. Chervin n'est pas de l'avis de M. Donnat sur les difficultés des formalités du mariage, ni de celui de M. Leroy-Beaulieu sur les naturalisations en masse. La recherche de la paternité n'a aucune influence sur les naissances légitimes ou illégitimes, comme l'a montré M. Bertillon. M. Chervin discute encore les suites de la loi Javal et les réformes des lois successorales. L'établissement du droit de tester pour le père de famille sera certainement le rétablissement du droit d'aînesse, et aucune chambre française ne voudra adopter un tel système. Il est raisonnable de réduire à 2 le nombre des enfants que la famille doit à la patrie. Le conférencier fait passer sous les yeux de la Société une série de projections montrant les courbes statistiques et les démonstrations graphiques de ses études sur le département de Lot-et-Garonne.

G. CAPUS.

(1) Voir l'article nécrologique de M. le Dr P. Keraval dans notre dernier numéro.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 8 *janvier* 1891.
PRÉSIDENCE DE MM. POLAILLON ET LE BLANC.

Tuberculose chez une vache, inoculations de lymphe de Koch.

M. CÉRÉMONIE, au nom de MM. Petit et Gautrelet, collaborateurs, présente plusieurs pièces pathologiques provenant d'une vache atteinte de tuberculose généralisée. Cette bête, de race nivernaise, âgée de 3 ans pesait 260 kilogrammes. Elle a été saisie par M. Redon, inspecteur sanitaire du marché de la Villette, et mise en observation du 24 décembre au 7 janvier, jour où elle a été sacrifiée. — Elle présentait les symptômes suivants : un état de maigreur extrême, confinant à l'étisie, une toux fréquente, petite, sèche et avortée. L'examen de la poitrine révélait à la percussion de la matité à la partie supérieure des deux poumons, et à l'auscultation on percevait des râles sibilants et crépitants, dans la portion moyenne du poumon droit. — La température était de 39°,4 ; la respiration, 36 ; les pulsations, 60. — Du 24 au 7 janvier, les symptômes sont restés les mêmes, et à cette dernière date, l'animal a été abattu. Les lésions présentées étaient considérables. Le cœur, les vaisseaux, l'aorte, les poumons étaient envahis par les tubercules. La cavité abdominale présentait aussi les mêmes lésions sur le foie, la rate, les reins. — Un ganglion de l'entrée de la poitrine pesait à lui seul 1.500 grammes au lieu de 300. Les mamelles étaient aussi envahies quoique saines en apparence. Cette bête a été soumise aux inoculations de Koch et a reçu trois injections de 5 milligrammes, qui n'ont produit

aucun changement dans l'état général, ni aucun phénomène réactionnel. Ces pièces sont intéressantes : 1° à cause du jeune âge de l'animal et de l'étendue des lésions ; 3° à cause du ganglion de la poitrine; 3° à cause des lésions présentées par l'aorte, non signalées encore par les auteurs.

La vaccination et l'immunité.

M. Jasiewicz. — J'ai tenté déjà de montrer, par l'analyse de diverses statistiques donnant les résultats très exacts de plusieurs milliers de revaccinations, combien est élevée la proportion des cas où la revaccination réussit et combien est courte la période d'immunité acquise, 52 0/0 en moyenne, si l'on considère l'ensemble des revaccinations sans distinction d'âge et de sexe. Il résulte des diverses statistiques cette conclusion que l'immunité procurée par la vaccine n'est pas durable ; l'imprégnation morbide doit être renouvelée pour conserver sa puissance tutélaire comme l'admet déjà M. Hirtz, de Paris, dans le dernier Congrès d'hygiène et de démographie. C'est une opinion moyenne et on peut aller plus loin et soutenir que certains sujets débiles ne sont pas protégés par une vaccination même très récente. Les contaminations, malgré la vaccine, ne sont pas très rares, plusieurs de nos confrères nous ont apporté des exemples, et on en trouverait de nombreuses observations dans les ouvrages médicaux. Diverses considérations générales m'ont amené à proposer l emploi de la vaccine animale comme moyen prophylactique, non plus seulement contre la variole, mais encore contre la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, etc., affections dont la nature me paraît identique. Ainsi, je crois à l'action bienfaisante de la vaccine, j'en demande même l'extension à d'autres maladies. Nous devons renouveler fréquemment la source de l'immunité, qui reste transitoire chez la plupart des individus, fugace même chez quelques-uns. Si la vaccination ne protège pas absolument les individus, du moins, nous pouvons espérer qu'elle atténuera les effets du mal qui envahira quand même l'économie. La vaccine produira, comme cela arrive spontanément chez certains sujets, un état de non réceptivité incomplète, des affections atténuées, avortées, varioloïdes, diarrhées légères, embarras gastriques bénins, angines et bronchites anodines, etc., dont les exemples sont loin d'être rares.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Les effets de la lymphe de Koch.

Depuis le début des injections de lymphe de Koch, Virchow (1) a pratiqué l'autopsie et examiné les organes de vingt-huit tuberculeux traités par cette méthode. Les résultats anatomo-pathologiques ne diffèrent pas essentiellement de ceux que la clinique avait fournis. Le phénomène le plus marqué est l'hyperhémie aiguë. On retrouve cette congestion au niveau des granulations tuberculeuses du poumon et la paroi des cavernes présente assez souvent des petits foyers hémorrhagiques. Cette hyperhémie était excessivement marquée dans un cas de méningite tuberculeuse, provenant de la clinique de M. Hénoch. Chez un tuberculeux de trente ans, porteur d'une fistule rectale, la mort fut causée par une hémoptysie provenant d'une ancienne caverne. Des sept injections qu'on avait pratiquées, la dernière avait provoqué la première hémoptysie.

Il ne s'agit sûrement pas là d'hyperhémie transitoire, mais bien d'un processus inflammatoire avec prolifération active des tissus. Il est facile de s'en assurer par l'examen des bords des ulcérations et des ganglions mésentériques et trachéo-bronchiques. Les ganglions présentent une tuméfaction qui caractérise les inflammations aiguës, et qui est due à la prolifération rapide des cellules de la substance médullaire du ganglion.

Ces tuméfactions rapides peuvent présenter parfois un caractère de gravité tout spécial, notamment dans la tuberculose laryngée. Dans certains cas, le gonflement peut même prendre l'apparence d'un phlegmon laryngien ou retro-pharyngien. Peut-on accuser les injections d'être la cause de ce phénomène? Il n'existe, au point de vue anatomo-pathologique, aucun signe différentiel permettant de les distinguer de ce qui se montre parfois spontanément au cours de la tuberculose.

Parmi les cas de tuberculose pulmonaire dont l'autopsie a été pratiquée, le plus grand nombre présentaient des lésions récentes pulmonaires ou pleurales : on a observé souvent des pleurésies hémorrhagiques, des épanchements bilatéraux. Quant aux lésions pulmonaires proprement dites, dans cinq cas sur seize on a constaté une hépatisation caséeuse récente plus ou moins étendue. Dans un cas, en particulier, où l'on avait suspendu les injections par suite de la constatation clinique du développement d'une pneumonie caséeuse, l'hépatisation constatée à l'autopsie était telle que Virchow ne se souvient pas d'avoir vu jamais rien d'analogue.

Dans les autres cas, on constate des lésions pneumoniques un peu spéciales, provoquées par les injections. Cette infiltration des alvéoles pulmonaires est aqueuse, trouble; elle rappelle les inflammations phlegmoneuses, ce qui la distingue des pneumonies catarrhales que l'on observe chez les tuberculeux non traités par la méthode de Koch. Virchow a constaté aussi sur les séreuses, et en particulier la plèvre, le péricarde et le péritoine, *une éruption de tubercules sous-miliaires dans des conditions qui ne permettent pas d'admettre que ces tubercules soient antérieurs aux injections.* Tous ces tubercules étaient absolument intacts et leur substance n'était nullement mortifiée. Ces éruptions de tubercules récents ont été d'ailleurs constatées cliniquement sur le larynx.

D'une manière générale, ces données confirment le fait avancé par Koch, c'est-à-dire la destruction des lésions tuberculeuses; mais cette mortification n'est pas constante. On ne l'observe pas dans les tubercules sous-miliaires; souvent aussi de gros tubercules n'ont pas présenté l'apparence trouble, jaunâtre, qui caractérise les tubercules mortifiés.

Les ulcérations avec perforation de l'intestin et des organes respiratoires sont des faits connus, mais assez rares; or, en deux mois, Virchow a observé deux cas d'ulcération avec sphacèle à marche très rapide. Il est certain que le sphacèle peut se produire au niveau de la muqueuse intestinale comme à la surface de la peau, dans le lupus, à la suite des injections de la lymphe de Koch. M.

Publication de la constitution de la lymphe de Koch.

Le dernier numéro de la *Deutsche Medizinische Wochenschrife* contient une nouvelle communication du docteur Koch sur son remède contre la tuberculose; il y expose par quelle voie il est parvenu à sa découverte et décrit le mode de préparation de la lymphe.

Nous n'avons pas encore reçu ce journal et nous nous bornons à donner ce renseignement qu'on nous adresse. Dans notre prochain numéro, nous publierons l'analyse du dernier travail de Koch.

Distinctions honorifiques. — *Médailles du Comité consultatif d'Hygiène publique de France.* — *Médaille d'or* : M. le Dr Hallez (Lille). — *Médailles de vermeil* : MM. les Drs Pujon (Auch), Raymondeau (Limoges), Jablewsky (Poitiers). — *Médailles d'argent* : M. le Dr Gounaud (Besançon). — *Médaille de bronze*: MM. les Drs Mordret (Mans), Fouquet (Vannes), Langlois (Joigny).

(1) *Sur l'action de la lymphe de Koch sur les organes internes chez les tuberculeux.* Communication faite par le Pr Virchow à la Société de médecine de Berlin, le 7 janvier 1891 (*Berlin. med. Wochens.*, 12 *janvier*).

REVUE DE CHIRURGIE

I. — **Etude sur les luxations des ménisques interarticulaires du genou**; par J. Braquehaye. — Bordeaux, 1890. (Extr. des *Bull. de la Soc. An. et Phys. de Bordeaux*).

II. — **La cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants**; par F. Felizet. — Masson, Paris, 1890.

III. — **Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main**; par J. Labougle. — Steinheil, Paris, 1889.

I. — Le mémoire que M. Braquehaye vient de consacrer à l'étude des *luxations des ménisques interarticulaires du genou* contient une observation personnelle, la relation d'une expérience cadavérique et une étude critique, assez courte, de cette rare affection. L'observation personnelle a trait à une luxation du cartilage semi-lunaire externe gauche en avant et le malade a été présenté à la Société d'An. et de Phys. de Bordeaux. L'expérience relatée montre qu'il est difficile de reproduire artificiellement une telle lésion. L'auteur n'y est parvenu qu'une fois, après plusieurs essais infructueux. En somme, mémoire consciencieux et complet, qui résume jusqu'à aujourd'hui l'histoire de cette variété très spéciale de luxation.

II. — Dans l'élégant volume de M. Felizet, dont les délicats elzévirs attirent et retiennent sans fatigue le regard, on trouvera deux choses d'inégale valeur: 1° des observations de cure radicale de hernies chez des enfants de tout âge, observations dont l'intérêt n'est pas discutable; 2° la description d'un prétendu perfectionnement opératoire, qui n'est pour nous qu'une complication au moins inutile, sinon dangereuse. Il s'agit de l'emploi d'un ballon en caoutchouc, qu'on introduit dans le sac herniaire pour le distendre et le mieux disséquer. Certes, on peut user de pareil artifice, à condition de n'employer qu'un ballon rendu absolument aseptique (ce qui n'est pas d'ailleurs si facile qu'on pourrait le penser); mais croire que cette précaution est indispensable à prendre lorsqu'il s'agit d'enfants très jeunes, sous le fallacieux prétexte qu'elle abrège l'opération, nous semble une conception absolument étonnante. Nous sommes de ceux qui pensent qu'une cure radicale de hernie, surtout chez un enfant ou un jeune homme, est toujours une opération fort délicate, qui exige, pour être bien faite, l'intervention d'un véritable chirurgien, plus artiste que théoricien; mais nous n'en croyons pas moins que des doigts habiles arriveront toujours à disséquer le sac le plus mince sans l'emploi d'un semblable ballon. — Avec raison, M. Felizet recommande la suture des piliers (c'est un temps important de l'opération); mais il ne semble pas se préoccuper beaucoup de l'antisepsie préopératoire de la région à inciser. Le reste du mémoire ne traite que de points élucidés depuis plusieurs années.

Un de nos confrères a déjà fait remarquer que certaines figures de ce mémoire, malgré leur cachet artistique, n'étaient pas très exactes. Trouvant la critique juste, au moins pour la planche I, nous croyons inutile d'insister. Le lecteur reconnaîtra, au premier coup d'œil, où gît l'erreur. Tant qu'à la planche IV, elle ne nous semble présenter qu'un intérêt restreint. Le dessinateur, jeune homme de talent et qui a fait ses preuves ailleurs, a dû copier des schémas plutôt que la nature. C'est regrettable.

III. — Voici les principales conclusions de l'intéressant travail de M. Labougle: Il existe à la main une variété de tumeurs kystiques, les *kystes épidermiques*; c'est une variété rare, car on n'en connaît que 24 observations. Ils ressemblent à certains kystes dermoïdes, et la paroi kystique est constituée par une enveloppe conjonctive, tapissée à sa face interne par un épithélium stratifié, ayant tous les caractères de l'épiderme. Cette structure peut présenter des anomalies, depuis la simple enveloppe épithéliale à cellules cornées, sans gangue connective, jusqu'à la peau avec tous ses caractères. Le contenu est ordinairement constitué par des cellules épidermiques de la paroi, dont les unes sont en dégénérescence granulo-graisseuse. Leur pathogénie est fort discutée pour la main. On la croit double: les uns reconnaissent comme origine une inclusion congénitale; les autres seraient dus à une inclusion traumatique. Ce travail renferme trois observations inédites et la mention de celles qui ont certaines analogies avec les cas typiques de kystes épidermiques de la main (10 douteuses, sans examen histologique, mais à caractères macroscopiques assez nets; 12 incomplètes et 2 rapprochées à tort de ces tumeurs). M. Labougle a surtout insisté dans sa thèse sur l'historique, l'anatomie pathologique et la pathogénie de la question. Il a laissé presque complètement de côté la partie clinique de cette curieuse affection, qui n'avait d'ailleurs qu'un intérêt restreint. En résumé, mémoire très documenté, erreurs bibliographiques des auteurs rectifiées avec soin, observations bien discutées et étude d'ensemble bien comprise: tel est le bilan de cet instructif travail. Marcel Baudouin.

REVUE D'HISTOLOGIE

I. — Retzins (G.). — **Sur la structure des cellules des ganglions du grand lymphatique** (*Biologiska Forenengens Förhandlingar*; *Verhandlunden der biologischen Vereins in Stockholm*; Band II, nov. 1889 N° 1-2).

II. — Bergonzini. — **Contribution à l'étude de la structure et des altérations extravasculaire des globules rouges du sang**; Modène 1890, (*Rasseguadie Scienze Mediche*).

I. — La structure des cellules nerveuses des ganglions du grand sympathique a été étudiée depuis ces dernières années, à l'aide d'une technique nouvelle, créée par Erlich en 1886, et sur laquelle nous avons publié, il y a quelque temps, une revue dans ce journal même. Cette méthode consiste à placer les animaux aquatiques dans de l'eau teintée par le bleu de méthyle, ou à mêler cette substance aux aliments des vertébrés supérieurs que l'on veut étudier. On constate, au bout d'un certain temps d'expérience, que les nerfs des animaux sont fortement colorés en bleu. Les cellules des ganglions sympathiques subissent la coloration d'une façon tout à fait spéciale, signalée par Erlich dans son premier mémoire, en 1886, étudiée depuis par Arnstein, en 1887, et par G. Retzius qui, dans son mémoire, donne des planches justificatives des faits signalés et essaye de les interpréter physiologiquement. Voici de quoi il s'agit. Les cellules ganglionnaires du grand sympathique sont bipolaires; un de leurs prolongements, rectiligne, est contourné par l'autre en forme de spirale. Ce dernier se colore tout en bleu par le bleu de méthyle, à l'état vivant. On peut alors suivre la terminaison dans la cellule et on le voit se ramifier en fibrilles inégales, très fines, avec des renflements par places et même de petits boutons terminaux. Ainsi, toute la cellule est enveloppée par un réseau qui est l'épanouissement de la fibre spiroïde. Le filament droit, qui d'ailleurs ne s'enveloppe pas de myéline, comme le spiroïde, se continue, comme le font ordinairement les prolongements de Deiters, avec le protoplasma fibrillaire de la cellule. Le filament spiroïde, au contraire, dont nous venons d'exposer les rapports avec la cellule, serait, d'après ces recherches, un nerf centripète, une terminaison nerveuse aboutissant à la cellule du sympathique. Les recherches de G. Retzius ont porté sur la grenouille et le lapin, on y trouvera l'exposé détaillé de ces recherches nouvelles que nous venons de résumer.

II. — L'auteur s'est surtout servi du liquide de Bizzogero (chlorure de sodium et violet de méthyle); ou de celui de Mosso (chlorure de sodium et vert de méthyle). Il a retrouvé l'état réticulé du protoplasma décrit par Trinchose, et il note la présence de vacuoles dans les globules rouges des batraciens. Par la dessication rapide sur la lame de verre, et la coloration au violet de méthyle, il a pu observer la disposition de particules figurées d'hémoglobine et les formes assez particulières du noyau chez la grenouille et le triton.

Société médicale du XVI[e] arrondissement. — *Bureau pour 1891.* — *Président*: M. Larcher. — *Vice-président*: M. Bezançon. — *Secrétaire général*: M. Chouppe. — *Secrétaire des séances*: MM. Fleury et Vaucher. — *Trésorier*: M. Wickersheimer.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires; par sir Henry Thompson, traduites par le Dr Robert Jamin.—Paris, J.-B. Baillière et fils, 1889.

Le nouveau volume de Thompson traduit par M. Robert Jamin ne contient pas moins de trente-deux leçons qui embrassent à peu près la totalité des maladies des voies urinaires. Voici l'ordre qui a été suivi dans ces leçons : deux sont consacrées à l'examen des maladies et aux moyens généraux de diagnostic parmi lesquels nous citerons la cystoscopie, dont l'emploi tend à se généraliser, depuis que les instruments destinés à l'endoscopie ont été rendus maniables et pratiques. Thompson use de cette méthode d'exploration mais sans enthousiasme. Il tient toujours, mais moins exclusivement peut-être que par le passé, à son exploration vésicale à l'aide de la boutonnière périnéale. Nous y reviendrons à l'occasion des tumeurs de la vessie.

Dans le cours de ses considérations sur le diagnostic, Thompson a l'occasion d'exposer à ses auditeurs ses vues sur la structure et sur les fonctions de l'urèthre, et poussé peut-être par le désir plus ou moins conscient de faire du nouveau à tout prix, désir qui travaille parfois les professeurs les plus célèbres, au delà de la Manche comme en deçà, il donne de l'urèthre une définition originale à coup sûr, mais bien étrange; on va en juger, nous citons textuellement : « Je puis « vous assurer d'abord que l'urèthre n'est pas un tube dans « aucun des sens où nous employons ce mot. Il n'est ni un « tuyau à gaz, ni un tube en caoutchouc, ni même un conduit « flasque et membraneux; l'urèthre est plutôt une valvule « continue et fermée, pouvant donner passage à des liquides « et à des corps solides dans une seule direction, et ne laissant « passer rien autre chose, dans la direction opposée, que « forcée par une violence extérieure. »

Il suffit d'examiner les termes de cette définition du grand spécialiste anglais pour voir comme elle est bizarre. Si l'urèthre n'a pas la forme d'un canal, tube, ou tuyau, comme on voudra, nous avouons ignorer ce qu'on entend par ces mots. Nous ne saisissons pas davantage le rapport morphologique ou fonctionnel qui peut exister entre l'urèthre et une valvule type, comme les valvules du cœur ou celle de Bauhin par exemple. Nous trouvons bien une disposition valvulaire à la partie profonde de l'urèthre, mais cela, c'est à l'état pathologique, quand la prostate hypertrophiée au profit de son lobe moyen forme une véritable luette vésicale. N'insistons pas davantage sur ce point, en somme assez secondaire, et poursuivons notre énumération. Les leçons suivantes de (III à VIII inclusivement) sont consacrées à l'étude des rétrécissements de l'urèthre. On y trouve l'expérience et le grand sens pratique qui caractérise sir Henry Thompson. Quant au fond, son enseignement ne diffère pas sensiblement de celui qu'on trouve dans les traités classiques français et dans les leçons de notre maître M. Guyon. Nous remarquons même une légère évolution de l'auteur anglais qui se rapproche de la pratique française en employant pour franchir les rétrécissements très serrés les bougies en gomme à bout droit et tortillé, tandis qu'autrefois il préférait une fine sonde métallique. Il est certain qu'une fine sonde métallique, employée pour franchir un rétrécissement très serré, n'est pas un instrument inoffensif. Elle peut le devenir entre des mains aussi habiles que celles de Thompson, mais entre des mains un peu inexpérimentées et dans certains canaux à muqueuse un peu friable, une fausse route serait bientôt faite. Au point de vue de l'uréthrotomie, Thompson préfère son instrument à celui de Maisonneuve; c'est assez naturel; l'uréthrotome de Thompson est un uréthrotome à lame cachée, assez voisin de ceux de Civiale et de Caudmont. Enfin notre auteur signale l'emploi de l'électrolyse pour combattre les rétrécissements de l'urèthre; il pense qu'à ses débuts, il y a une vingtaine d'années, la méthode n'était pas merveilleuse; quant à la résurrection de l'électrolyse uréthrale qui a eu lieu en Amérique depuis quelques années, il la mentionne sans vouloir la juger d'ores et déjà.

Les leçons IX, X, XI et XII sont consacrées aux prostatiques. On connaît les remarquables travaux de Thompson sur l'hypertrophie de la prostate. Ce n'est, d'après lui, qu'à l'âge de 54 ans qu'on voit apparaître l'hypertrophie prostatique. On sait que d'après son intéressante statistique, un sujet sur trois serait atteint d'hypertrophie prostatique et que, vu les différences de degré ou de forme de cette hypertrophie, un sujet seulement sur sept hypertrophiés souffrirait de cette infirmité. Nous avons donc en résumé une chance sur 20 ou 21 de devenir des prostatiques, quand nous aurons atteint l'âge de 55 ans.

La conduite de Thompson en présence des prostatiques ne diffère pas notablement de celle qui est recommandée en France par les auteurs classiques, aussi ne nous attarderons-nous pas à analyser ces chapitres; nous dirons seulement que le cathétérisme avec les sondes molles, coudées, bicoudées ou rigides à grande courbure, cathétérisme fait avec les plus grands ménagements, est le principal moyen recommandé par l'auteur anglais. Il insiste, comme l'a fait tant de fois M. Guyon, sur l'importance de ne pas vider tout d'un coup les vessies trop pleines et surtout de ne pas pratiquer le cathétérisme debout dans ces cas de réplétion énorme de la vessie que l'on rencontre quelquefois. Une syncope mortelle peut s'ensuivre. Thompson cite le cas d'un chirurgien, qui, ayant retiré trois litres et demi d'une vessie, le patient étant debout, vit tout à coup son malade, frappé de syncope, expirer sous ses yeux.

En présence d'une maladie aussi pénible et aussi grave que l'hypertrophie de la prostate, les chirurgiens ont depuis longtemps eu l'idée d'exciser la partie hypertrophiée de la glande pour faciliter le cours de l'urine. Thompson n'est pas très favorable à ces tentatives qui, d'après lui, n'ont point donné de bons résultats. Il est certain que Leroy d'Etiolles, Mercier, Maisonneuve, les premiers qui ont voulu attaquer directement la prostate, n'ont point trouvé d'imitateurs jusqu'à ces dernières années. Cependant, quelques chirurgiens contemporains se sont risqués à exciser ou à cautériser le lobe moyen de la prostate. On ne sait encore ce que donneront ces tentatives. Peut-être aussi que l'électrolyse, qui tend à prendre une si large place dans le traitement des fibromes utérins, pourra être appliquée avec succès au traitement de l'hypertrophie prostatique. Il serait sans doute téméraire de se livrer à des tentatives opératoires sur un prostatique chez qui le cathétérisme est facile, qui ne souffre pas et dont l'état général est bon; mais il y a des cas si désespérés, où les souffrances sont si insupportables, que toute tentative rationnelle est permise.

Les leçons XIII, XIV et XV sont consacrées à la rétention d'urine, à l'infiltration et aux fistules urinaires, et enfin aux accidents fébriles et à la néphrite qui accompagnent les maladies des voies urinaires. Ces diverses questions sont traitées à un point de vue tout pratique et seront lues avec fruit; mais en somme on n'y rencontre rien qui ne soit connu et exposé dans les travaux français; la question de la fièvre urineuse est même singulièrement écourtée, au moins quant à la théorie; mais, je le répète, l'auteur s'est placé à un point de vue exclusivement pratique.

Les leçons XVI à XXVI inclusivement sont consacrées à l'étude des calculs vésicaux et de leur traitement. Thompson donne d'abord des renseignements fort curieux sur l'âge des sujets atteints de la pierre, et montre sur quoi se basait cette opinion accréditée jadis que les calculs vésicaux étaient plus communs dans l'enfance que dans l'âge mûr ou la vieillesse; c'est d'abord que nombre de calculs vésicaux chez l'adulte ou le vieillard étaient méconnus; c'est en second lieu que la plupart des statistiques ont été faites avec des cas observés dans les hôpitaux. Or, la pierre est assez rare dans la classe ouvrière fréquentant l'hôpital; elle est beaucoup plus commune chez les vieillards ou les adultes des classes aisées ou riches. Au contraire, les calculs vésicaux de l'enfance se rencontrent presque exclusivement dans la classe pauvre : « Depuis trente ans que je traite les pierreux, » disait Deschamps, « je n'ai pas encore vu l'enfant d'un riche atteint de la pierre. »

L'opération de choix recommandée par Thompson est, bien entendu, la lithotritie rapide instituée par Bigelow, à l'audace et au mérite duquel Thompson rend pleine justice. Dans les cas non justiciables de la lithotritie, il conseille la taille hypogastrique dont il donne le manuel très complètement. Il con-

damne la suture de la vessie et ne laisse un tube dans l'angle inférieur de la plaie que pendant 48 heures. Il emploie un tube en caoutchouc de 8 millimètres de diamètre. Une fois le tube ôté, il laisse l'urine s'écouler par la plaie, en conseillant au malade de se coucher six heures sur un côté et six heures sur l'autre. Il eût été intéressant ici de comparer au mode de pansement de Thompson ceux qu'emploient le Pr Guyon et ses élèves, le double tube de Périer, le drainage vésical de Demons, etc. L'ouvrage eût été plus complet et peut-être plus instructif, si M. Robert Jamin, le traducteur, que ses études antérieures préparaient si bien à ce travail, eût pu comparer dans des notes suffisamment développées la pratique de Thompson avec celle de nos chirurgiens français. Il y a là certainement une lacune, mais le traducteur n'en est pas responsable, car nous croyons savoir que l'auteur a exigé formellement, avant d'autoriser la traduction de son travail, que cette traduction ne fût accompagnée d'aucune note. Il est certain que c'était son droit. Signalons à propos des tailles une excellente introduction historique, modérément développée, mais la plus claire que l'on puisse lire. On y suit pas à pas les progrès de la chirurgie depuis l'opération primitive de l'incision sur la pierre décrite par Celse jusqu'aux tailles très perfectionnées de Civiale ou de Nélaton.

Enfin, pour terminer ce qui a trait aux calculs vésicaux, nous citerons le chapitre fort intéressant consacré au traitement préventif des calculs et une histoire très curieuse des diverses tentatives faites pour dissoudre les calculs dans la vessie.

La leçon XXVII est consacrée à l'étude résumée des cystites; la leçon XXVIII à la paralysie et l'atonie de la vessie. Nous ne ferons que les signaler.

Les trois leçons suivantes sont consacrées à l'exploration digitale de la vessie, aux tumeurs vésicales et enfin à l'hématurie et aux calculs du rein. Il convient de nous y arrêter quelques instants.

Depuis quelques années Thompson a érigé en méthode d'exploration de la vessie l'opération connue depuis longtemps en France sous le nom de *boutonnière*; par l'orifice établi au périnée, on introduit l'index dans la vessie et l'on peut explorer les parois de cet organe. Voici d'ailleurs comment procède Thompson : le malade étant placé dans la position périnéale, un conducteur cannelé est introduit dans la vessie et confié à un aide sûr; on fait alors sur le raphé périnéal médian une incision de deux centimètres et demi à trois centimètres venant se terminer à 18 millimètres en avant de l'anus. On introduit l'index gauche dans le rectum pour servir de guide, puis on enfonce le bistouri, le tranchant tourné en haut, dans l'angle inférieur de la plaie, jusqu'à ce qu'on rencontre le cathéter, on incise les tissus en suivant la cannelure sur une longueur de 12 millimètres environ. L'index gauche nettoyé est conduit dans la plaie et sert de guide à un petit dilatateur à pointe boutonnée et à large cannelure supérieure, l'index s'enfonce peu à peu dans la vessie; on retire à mesure le dilatateur et la dernière phalange de l'index se trouve libre dans la vessie. Alors la main restée libre est placée sur l'abdomen et en combinant les mouvements des deux mains on parvient, dit Thompson, à explorer toute l'étendue de la cavité vésicale. Jamais, dit-il, dans les cas où cette exploration a été nécessaire, le volume de la prostate ne l'a empêché de pratiquer convenablement l'exploration de la vessie. Depuis 1880, il a répété plus de quatre-vingts fois ces manœuvres exploratrices qui lui ont permis de reconnaître trente fois des tumeurs, quatre fois des calculs enchatonnés et dans les autres cas les lésions de la cystite chronique.

Dans les cas de tumeurs vésicales, il profite quelquefois de la boutonnière pour les enlever à l'aide de pinces spéciales de divers modèles qu'il a fait construire dans ce but. Il réserve la taille sus-pubienne pour les tumeurs volumineuses. On sait qu'en France c'est la voie sus-pubienne qui est presque exclusivement choisie pour attaquer les néoplasmes vésicaux.

Ces néoplasmes, auxquels Thompson consacre une importante leçon, présentent surtout les trois types suivants : papillome, épithéliome (dont Thompson sépare, à tort selon nous, les carcinomes), myome et sarcome encéphaloïde. Les papillomes et les épithéliomes sont plus fréquents. On sait que de tous les symptômes des tumeurs vésicales, l'hématurie est le plus important et aussi le plus caractéristique. C'est cette hématurie abondante survenant sans cause appréciable, sur laquelle les auteurs contemporains et M. Guyon en particulier ont si longuement insisté. Elle permet souvent, à elle seule, de poser le diagnostic, mais non de se rendre compte du volume et du siège exact de la tumeur. C'est là une difficulté que la cystoscopie permettra peut-être de vaincre, dans une certaine mesure, en même temps qu'elle rendra inutiles les opérations simplement exploratrices. Thompson a opéré 41 malades avec les résultats suivants : six morts, cinq guérisons radicales et une amélioration plus ou moins grande pour les autres malades. Il conseille donc, d'une manière générale, d'intervenir en enlevant aussi complètement que possible les néoplasmes vésicaux.

L'ouvrage de Thompson se termine par une leçon sur les méthodes d'examen et d'analyse des urines au point de vue clinique.

Pour résumer notre opinion sur ces leçons de sir Henri Thompson, nous dirons que c'est un des meilleurs livres qui permettent de se rendre compte rapidement de l'état actuel de la chirurgie des voies urinaires. La traduction est très bonne, d'un style aisé et clair; on croirait lire un travail original. A. MALHERBE.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Officiat de l'Instruction publique.* — Sont nommés *Officiers de l'instruction publique* : MM. Astor, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble ; Bouteiller, docteur-médecin, conseiller général à la Ferté-Fresnel (Orne); Bastier, commis au secrétariat de la Faculté des sciences de Paris ; Battandier, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger; Capdeville, pharmacien de 1re classe à Aix ; Carassus, docteur en médecine à Milly (Seine-et-Oise); Costa, docteur en médecine, président du comité de souscription de la statue de Sampiero, officier de la Légion d'honneur ; Charbonnel-Salle, professeur à la Faculté des sciences de Besançon ; Costantin, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure; Coutagne, chef de travaux à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon ; Despaux, docteur-médecin à Crouy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne) ; Doué, médecin en chef de la marine, sous-directeur du service de santé de la marine, à Cherbourg, officier de la Légion d'honneur ; Demon, agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille; Garbe, professeur à la Faculté des sciences de Poitiers; Gaussin, secrétaire de la Faculté des sciences et de l'Ecole de médecine de Besançon ; Gérard, professeur à la Faculté des sciences de Lyon; Guignard, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Hergott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; Lefeuvre, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rennes; Malécot, docteur en médecine, fondateur et codirecteur du journal la *Pratique médicale* ; Ch. Richet, professeur de physiologie à la Faculté de Paris; Puijax, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris ; Thomas, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris ; Dr Figuez (Paris); Moussous, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Verneuil, préparateur au Muséum d'histoire naturelle; Weber, médecin-inspecteur, directeur de l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

HOPITAUX DE BOURGES.—*Concours pour l'emploi de médecin en chef des hospices civils de Bourges.* — La commission administrative des hospices de Bourges donne avis que, le lundi 13 avril 1891, à neuf heures du matin, il sera ouvert, à la Faculté de médecine de Paris, un concours public pour l'emploi de médecin en chef des hospices de Bourges. Le concours aura lieu devant un jury composé de cinq professeurs ou agrégés de la Faculté. Les épreuves comprendront : 1° une épreuve écrite de pathologie interne ; 2° une épreuve clinique (examen de 2 malades à l'hôpital, suivi d'une leçon de vingt minutes sur ces 2 malades). Le candidat désigné par le jury sera le candidat nommé. Conditions d'admission au concours : Les candidats devront : 1° se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris (le registre sera clos le jeudi 12 mars, à 3 heures du soir) ; 2° déposer ou faire déposer les pièces établissant qu'ils sont Français ou naturalisés; leur diplôme de docteur en médecine, obtenu devant une Faculté de France ; leurs titres scientifiques, manuscrits ou imprimés ; un certificat de bonnes vie et mœurs, récemment délivré par le maire de la commune où ils résident. Service et traitement : Le candidat nommé remplira, dès sa nomination, dans les établissements de l'administration, les fonctions de médecin en chef des hospices de Bourges. Le Médecin en chef visite les malades de l'Hôtel-Dieu , tous les jours, à neuf heures du matin. Il reçoit un traitement annuel de huit cents francs.

VARIA

Une fête laïque à la Salpêtrière : Le cinquantenaire des services hospitaliers de Mlle Bottard.

M. PEYRON a eu la très heureuse idée de célébrer, le lundi 12 Janvier, à quatre heures, à l'hospice de la Salpêtrière, le cinquantenaire des services hospitaliers de Mlle BOTTARD, surveillante de cet établissement, où elle a débuté comme infirmière le 12 janvier 1841. Le grand amphithéâtre de la Salpêtrière avait été élégamment décoré par les soins de son habile directeur, M. LE BAS. Sur l'estrade se pressait une foule nombreuse d'invités. L'amphithéâtre était rempli de surveillantes et d'infirmières de la Salpêtrière et de délégations des hôpitaux. M. PEYRON présidait, assisté de M. F. VOISIN, vice-président du Conseil de surveillance de l'Assistance publique et de M. BLANC, chef de cabinet du Préfet de la Seine, remplaçant M. POUBELLE, malade.

Nous avons remarqué dans l'assistance, M., Mme et Mlle CHARCOT, M. et Mme WALDECK-ROUSSEAU, MM. CHAUVIÈRE et Georges BERRY, conseillers municipaux; MM. V. GOUPY, BONTOUX, PIGNON, membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique; BOURNEVILLE, d'ECHÉRAC, IMARD, les docteurs J. FALRET, A. et J. VOISIN, M. et Mme TERRILLON, M. et Mme P. RICHER, MM. MOURLAN, chef de division; PINON, directeur de Bicêtre; GALLET, directeur de Lariboisière; OUDOT, directeur de la Pitié, MM. les docteurs P. MARIE, P. BLOCQ, Georges GUINON, GILLES DE LA TOURETTE, BERBÈS, SOUQUES, etc.

La séance est ouverte par *la Marseillaise*, exécutée avec entrain par la fanfare des Enfants de Bicêtre; puis les Enfants de la Salpêtrière ont chanté un chœur, intitulé : *La Charité*. Ensuite une délégation des malades du service dont est chargée Mlle BOTTARD lui a offert des fleurs, et l'une d'elles a récité un sonnet composé par un des malades du service.

M. PEYRON, directeur de l'Assistance publique a prononcé le discours suivant :

« Madame,

« Le 12 janvier 1841, vous êtes entrée à la Salpêtrière ; il y a de cela cinquante ans et vous n'avez point quitté cette maison. Vous y avez débuté par l'emploi le plus modeste et aujourd'hui vous y exercez depuis longtemps déjà la surveillance de l'un de ses services les plus nombreux, les plus importants, les plus difficiles. Durant cette longue carrière, quelle que fut la situation dans laquelle votre zèle ait été mis à l'épreuve, votre dévouement ne s'est jamais démenti. Aussi, bien que les années aient neigé sur votre tête, si quelqu'un de ceux qui vous ont accueillie à votre entrée vous revoyait, il vous reconnaîtrait bien vite à vous voir aussi vaillante, aussi courageuse qu'au premier jour.

« Depuis cinquante ans, cette maison a été votre maison, vous avez passé par toutes ses épreuves ; avec elle vous avez traversé, non sans péril, mais sans défaillance, cette redoutable épidémie de choléra en 1849 qui a fait ici plus de 1.400 victimes, fauchant indistinctement dans tous les rangs de notre personnel, frappant le directeur qui est tombé suivi d'un long cortège d'employés, d'internes, de surveillantes, d'infirmières, comme lui morts à la peine, morts au devoir. Le docteur Jules Falret que je vois près de moi et le professeur Potain atteints par le fléau ont échappé à la mort, mais ils savent au prix de quelles souffrances.

« Ces grandes secousses, où dans le malheur commun on s'oublie volontiers soi-même, sont passagères et moins rudes à supporter que cet incessant spectacle de misères physiques et de misères morales au milieu desquelles vous avez toujours vécu.

« Heureusement, et sans sortir de la Salpêtrière, nous savons par votre exemple, par celui de Mlle Nicole et par d'autres que je pourrais aller chercher dans les rangs les plus humbles, nous savons que les asiles de la souffrance et de la misère sont le sol où germent le mieux les grands dévouements.

« Mais, en retour de ces épreuves, de ces tristes spectacles, cette maison a été pour vous féconde en consolations.

« Par la dignité de votre vie, vous avez conquis le respect de tous, vous avez fait accepter votre autorité. Je sais en quelle estime affectueuse vous tenait le docteur Trélat, dont le nom nous est devenu deux fois cher ; je sais en quel prix votre illustre chef, le professeur Charcot, tient vos services; je le sais et pourrais le dire, pour vous et pour nous j'aime mieux l'entendre tout à l'heure vous le dire lui-même.

« Aujourd'hui, Madame, nous avons voulu célébrer vos noces d'or avec la charité ; pour vous faire honneur et fête, nous avons convié un nombreux cortège, dans lequel M. le Préfet a tenu à être représenté par le chef de son cabinet.

« Pour qu'il vous reste de cette fête un souvenir durable, je vous offre, au nom de l'Assistance publique de Paris, cette médaille d'or comme un témoignage de notre reconnaissance et de notre respect. »

Après ce discours, qui a été interrompu par les applaudissements nourris de l'assemblée, M. Peyron remet la médaille d'or à Mlle Bottard.—Puis M. Félix VOISIN s'exprime ainsi au nom du Conseil de surveillance :

« Madame,

« Les félicitations de M. le Directeur général sont d'autant plus précieuses qu'elles vous sont adressées par un chef éclairé, sachant parfaitement apprécier les services rendus aux pauvres malades confiés à sa sollicitude.

« Je suis heureux d'avoir à vous dire, à mon tour, au nom du Conseil de surveillance, combien il est, lui aussi, touché de votre dévouement sans bornes et combien il est fier de trouver de tels exemples dans les plus anciens serviteurs de l'Assistance publique.

« Je vous connais peut-être moins que M. le Directeur général, mais j'ai sur lui cet avantage de vous connaître depuis plus longtemps; il y a, en effet, de longues années que je vous ai vue pour la première fois à l'œuvre dans les services de MM. les docteurs Falret et Trélat et j'ai pu entendre ces maîtres se féliciter hautement des rares qualités qui vous distinguaient déjà ; si j'en parle, Madame, au risque de faire rougir votre modestie bien connue, c'est uniquement parce que votre cœur, si bon et si tendre, a su mettre ces qualités au service de celles qui souffrent et qui trouvent à la Salpêtrière des soins si éclairés.

« Ce sont, pendant votre longue carrière de 50 années, des enfants, des jeunes filles, des femmes malades, difficiles souvent entre toutes, que vous avez dû soigner et, par votre douceur, par votre égalité de caractère, par votre patience à toute épreuve, vous avez pu dans mille circonstances faire succéder à une agitation maladive, douloureuse, un calme et un repos bien salutaire pour les chères malades qui vous étaient confiées; vous avez, en outre, toujours su, et c'est un rare mérite, inspirer la plus entière confiance aux chefs éminents des divers services dans lesquels vous avez successivement rempli vos fonctions.

« Le conseil de surveillance de l'Assistance publique, qui suit de près et avec l'attention la plus vigilante tout ce qui se passe dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris, me charge, et c'est une mission qu'il m'est doux de remplir, de vous adresser toutes ses félicitations pour la distinction que vous venez de recevoir et de vous exprimer, pour le bien que vous n'avez cessé de faire autour de vous, ses sentiments personnels de reconnaissance. »

M. le professeur CHARCOT, dans le service duquel Mlle Bottard est surveillante, a ensuite prononcé le discours suivant :

« Je suis heureux, mademoiselle, de pouvoir ajouter aux éloges si mérités que vient de vous adresser M. le directeur de l'Assistance publique, quelques paroles qui me permettront de vous faire connaître, à mon tour, les sentiments d'estime que je professe à votre égard depuis longtemps.

« Il y a une trentaine d'années, un peu plus peut-être, que vous et moi nous marchons chaque jour côte à côte ici, dans ce grand asile des misères humaines que l'on appelle l'hospice de la Salpêtrière, traitant ou consolant de notre mieux les malades, chacun suivant ses attributions spéciales.

« Je puis donc avoir la prétention de vous bien connaître, et de pouvoir apprécier votre longue et laborieuse carrière, puisque je l'ai suivie en quelque sorte pas à pas.

« Eh bien ! je n'hésite pas à dire, et même je tiens à déclarer hautement, à proclamer publiquement, après vous avoir connue comme je vous connais, qu'à mon avis, eeux qui viennent prétendre que les surveillantes laïques des hôpitaux sont incapables de montrer, dans l'exercice de leurs fonctions, ce désintéressement absolu, ce dévouement sans bornes, ces qualités morales, quintessenciées en un mot, dont le monopole appartiendrait, suivant eux, aux surveillantes de l'autre système ; ceux-là, dis-je, se trompent ou ils trompent les autres.

« Simple laïque, en effet, laïque selon la tradition de l'hospice qui remonte à 1656 (fondation saint Vincent de Paul), sans autre stimulant par conséquent que le sentiment impérieux du devoir et de la dignité personnelle, aiguisés, il est vrai, chez vous, par une sympathie profonde pour les déshérités, les incurables, les difformes au physique comme au moral, les malheureux de tout genre en un mot ; n'avez-vous pas pendant plus de cinquante ans, sans bruit, modestement, sans visées autres que la satisfaction de votre conscience, sans autre soutien que votre cœur ardent pour le bien; n'avez-vous pas, dis-je, mené cette vie d'abnégation et de sacrifice que commandait le poste d'honneur qui vous était confié ?

« Ah ! je sais bien ce que vous voudriez nous dire en ce moment ; je vous entends : Tout cela vous a paru bien naturel et bien simple à accomplir. Vous vous sentez confuse de tant d'éloges, de tant de solennité ; vous n'y comprenez rien, vous ne croyiez pas avoir tant mérité ; bien d'autres choses encore.

« Entre nous, taisez-vous, laissez-nous parler et faire. Vous êtes trop modeste pour être bon juge en la matière. Oui, certainement tout cela est simple, sans aucun doute. Mais, sachez-le bien, cela n'en est que plus grand et plus beau, et c'est pourquoi nous venons aujourd'hui, quoique vous en puissiez dire, vous offrir le tribut de notre admiration et de notre gratitude.

« Oui, au nom des médecins de cet hospice, que vous avez si intelligemment, si généreusement secondés dans l'accomplissement de leur tâche ; au nom des malades innombrables dont vous avez adouci la peine, que vous avez aimés, moralisés même, et plus d'une fois, qui ne le sait ? sans autre mission que celle que vous confère l'amour de l'humanité, ramenés dans le bon chemin ; au nom d'eux tous je vous remercie.

« Voilà, mademoiselle, ce que je tenais à vous dire. »

Ce discours a été accueilli par les applaudissements les plus chaleureux. — Ensuite M. Louis Gallet, directeur de Lariboisière, a lu la pièce de vers suivante qu'il a eu l'heureuse idée de composer en l'honneur de Mlle Bottard, dont il avait su apprécier le dévouement et les qualités morales pendant les longues années qu'il a été lui-même attaché à la Salpêtrière.

Il est un souvenir cher à cette maison :
Celui d'un homme simple et de haute raison,
Frère par la pitié de tous les misérables,
Et, dès l'abord, tendant ses deux mains secourables
Aux chrétiens, aux païens, sans en exiger rien ;
Un homme qu'enflammait le pur amour du bien,
Dont la parole fut consolante et féconde,
Et que ses familiers nommaient : « Monsieur Vincent ; »
Un de ces vastes cœurs, grand ouverts, d'où descend
Comme un large torrent de bonté sur le monde !

Il embrassait ainsi l'entière humanité !
Pourvu qu'on s'empressât à le suivre en sa route,
Il n'avait pour aucun ni réserve ni doute ;
Il moissonnait partout la fleur de charité.
Et, dans cette équité dont son esprit fut plein,
L'absolu dévouement restait sa loi suprême ;

Il jugeait que le cœur de la femme est le même
Sous la cornette noire ou la coiffe de lin.
Et tranquille, il disait à toutes ses ferventes :

— « Allez, arrêtez-vous au chevet des souffrants ;
« Pansez-les de vos mains, demeurez leurs servantes ;
« Que l'indulgente Paix s'abrite dans vos rangs ;
« Aimez et relevez ceux que le sort terrasse ;
« Des pauvres gens soyez les sœurs selon la grâce ! »

. . . .

De longs jours ont passé depuis qu'on vit ainsi
De nobles veuves, des épouses, d'humbles filles,
Des pauvres, des parents, se faire deux familles
Et d'un double devoir accepter le souci...
Leur très modeste histoire est déjà séculaire.
Pieusement on garde ici leur Livre d'Or.
De noms très respectés mainte page s'éclaire ;
D'autres avec honneur y brilleront encor.

Le vôtre sera là ! Car vous êtes de celles
Qui, suivant à leur tour cette règle, ont voulu
Marcher d'un pas alerte et d'un front résolu,
Bravant les sombres jours et les heures cruelles
Vers un but tout humain et vers d'obscurs combats !
De celles qui, faisant leur devoir en silence,
Poursuivent leur chemin dans la saine ignorance
D'un monde qui les juge et ne les connaît pas.

Il faut voir de tout près les misères humaines
Pour estimer quel poids tant de soins et de peines
Ont fait peser sur vous, là, depuis cinquante ans !

Vous aviez cependant vos droits à la jeunesse,
Aux charmes de la vie, aux douceurs du printemps !
Vous avez préféré cette intime allégresse
Du long renoncement et du constant labeur,
Comme celles qu'on vit jadis à cette place,
Il vous a suffi d'être « une sœur par la grâce »
De tant d'êtres jetés ici par la douleur !

Nous qui voyons prochains les jours de la retraite,
Nous nous mettions en route à peine à ce moment
Où vous comptiez déjà vingt ans de dévouement !
La tâche accoutumée est près de deux fois faite
Que vous la poursuivez encore allègrement !
Et ce chemin si long ne vous a pas lassée,
Et toujours veille en vous la vaillante pensée !

Un souvenir ému me fait à votre aspect
Revivre en un instant la jeunesse passée.
Je vous salue avec tendresse, avec respect,
Ame, que le temps ni l'épreuve n'ont glacée !

Revoyez avec nous ce passé plein de jours,
Dites-vous, — sans orgueil, — bravement satisfaite,
Qu'il est juste après tout qu'aujourd'hui l'on vous fête !

Mais, mieux que dans l'hommage et que dans les discours,
Trouvez votre première et pure récompense
Dans la sérénité de votre conscience,
Dans le haut sentiment du devoir accompli !

Puis, demain, reprenez votre œuvre ; allez, de même
Qu'hier, suivre pour un temps chaque jour si rempli
Le maître illustre qui vous honore et vous aime !

Longtemps encor, gardienne aux regards vigilants,
Joignez au dévouement la force de l'exemple.
Soyez comme la chère aïeule aux cheveux blancs
Que d'un air attendri la famille contemple !

Que toutes celles qui passent à vos côtés,
Dont le nombre grandit et dont l'esprit s'élève,
Tournent vers vous leurs yeux ; qu'elles fassent ce rêve
D'hommages aussi hauts, aussi bien mérités !

M. Le Bas, directeur de la Salpêtrière, au nom de tout le personnel de la Salpêtrière, a offert un magnifique bronze à Mlle Bottard. Dans le cours de la cérémonie, M. Peyron a reçu une lettre de M. Demagny, chef de cabinet du ministère de l'intérieur, annonçant que M. Constans, ministre de l'intérieur, décernait une médaille d'or à Mlle Bottard.

Au lunch qui a suivi, Mme Charcot a gracieusement offert à Mlle Bottard une montre en or à laquelle les anciens internes du service ont eu la bonne idée d'ajouter une chaîne, produit de leurs cotisations.

Cette cérémonie véritablement imposante aura la plus heureuse influence au point de vue de la réforme de la laïcisation des établissements hospitaliers et de l'enseignement professionnel des infirmiers et infirmières. Elle montrera à tous ces modestes serviteurs des malheureux que la République tient à honneur de récompenser tous ceux qui en sont dignes et qu'elle sait les trouver même dans les conditions les plus modestes. B.

Revaccination des Étudiants en médecine.

Nous avons annoncé récemment que cette mesure était imposée à l'avenir. Nous l'avons réclamée pour la première fois en 1874 (n° 45, p. 645), et depuis lors, c'est-à-dire depuis 16 ans, nous n'avons cessé d'en montrer la nécessité. Comme la mode paraît être aujourd'hui de ne pas rendre à chacun ce qui lui est dû, nous insistons sur la part qui nous revient, dussions-nous être qualifié de « personnalité encombrante, » expression à la mode aussi pour se dispenser de toute justice envers les personnes.

Nous profitons de l'occasion pour rappeler à M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique, que la revaccination doit être imposée à tous les jeunes gens qui viennent s'inscrire, au sortir des lycées, dans tous les établissements d'enseignement supérieur. Et nous avons la conviction que nous réussirons. B.

La variole à Marseille.

A la dernière séance du *Comité consultatif d'hygiène* de France, M. le prof. Proust a donné des renseignements sur la mortalité à Marseille en 1890. La statistique montre que le chiffre des décès a été beaucoup plus considérable durant cette année qu'en 1889, et cet excédent est dû, non seulement à la grippe, mais encore à la *variole*. Voici, en effet, la comparaison par trimestre, en 1889 et 1890, des décès par variole :

	1er trim.	2e trim.	3e trim.	4e trim.	Totaux.
1889	39	36	46	75	191
1890	121	125	135	168	549

Soit un excédent de décès par variole, en 1890, de 358. « Dans 20 ans, disait Lorain, on jugera du degré de civilisation d'une ville au nombre de ses décès par variole. » La situation déplorable que nous signalons à Marseille exige une prompte intervention de l'Administration municipale. C'est aux médecins à indiquer les mesures à prendre pour l'organisation d'un service régulier de vaccination et de revaccination; c'est à eux, par une propagande incessante, à signaler à leur clientèle la nécessité de la vaccination et de la revaccination qui les met à l'abri des atteintes de la variole. B.

Le Choléra.

Choléra en Asie. — En Syrie, le choléra a très notablement diminué. Cependant l'extension de la maladie vers les vilayets de Sivas et d'Erzéroum doit inspirer quelques inquiétudes. Jamais encore jusqu'ici l'épidémie n'avait atteint un point situé autant vers le Nord. Un fait grave est cette tendance du choléra à remonter le cours de l'Euphrate, surtout au milieu des rigueurs de l'hiver, à travers des régions presque inhabitées, dans les montagnes du Taurus et près de l'Arménie. Là est le danger, non pour le moment, mais pour la prochaine saison des chaleurs. Au sud, le péril semble moindre ; la maladie a disparu de Hama et de Hams. Toutefois, les personnes qui fuient de Tripoli et d'autres localités pourraient peut-être contribuer à la dissémination du choléra.

L'Ancienne Université de Paris.

M. Mauger, le sympathique directeur du Bureau central, vient de faire, lundi dernier, à l'Association philotechnique de Neuilly-sur-Seine, une très intéressante conférence sur l'*ancienne Université de Paris*. Nos lecteurs, qui connaissent déjà les travaux érudits de MM. Rousselet, Bru, etc., sur l'ancien Hôtel-Dieu et Bicêtre, nous saurons gré de noter quelques croquis de ce tableau vivant, quoique ancien, que M. Mauger a retracé devant ses auditeurs. Le quartier Galande-Bûcherie, la rue des Rats, la place Maubert, entamés l'un après l'autre par la serpe hygiénique du démolisseur, sont pleins de souvenirs dont beaucoup se rattachent à la vie intime de nos aînés sur les bancs de l'*Alma mater*.

Le *petit pont*, contemporain du palais des Thermes, a, par 9 fois, été emporté par les eaux de la Seine. En 886, lors du siège de Paris par les Normands, l'écroulement du pont enferma douze Parisiens dans la tour de bois. Ils furent tous massacrés, ce qui leur a valu une plaque commémorative de la ville de Paris, sur la place du Petit-Pont.

Pendant le grand hiver de 1408, le pont étant emporté par la débâcle, le greffier du Parlement dut renoncer à transcrire les arrêts. Le pont fut rebâti avec l'argent de plusieurs juifs, créanciers d'un de leurs coreligionnaires, un nommé Denys de Machault, qui, se voyant pressé de près, se convertit, alors que le Parlement condamne 7 de ses créanciers à l'amende honorable et à la confiscation de leurs biens. En 1718, destruction du pont par un incendie. Une pauvre femme, ayant perdu son fils noyé à la hauteur du pont de la Tournelle, pour retrouver son corps eut recours au brûlot de Saint-Nicolas de Tolentin.

Après avoir fixé un cierge dans un pain bénit, placé dans une sébille, elle abandonna le petit brûlot au fil de l'eau, persuadée qu'il s'arrêterait à l'endroit où des recherches devaient être entreprises. Le cierge mit le feu à deux bateaux chargés de foin, qui, à leur tour, incendièrent les piles du pont et les maisons dont elles étaient surchargées.

Le *petit Châtelet* fut construit en 1370, dans la prévôté d'Hugues Aubriot, pour contenir la turbulence des étudiants. Il fut témoin du massacre des Armagnacs en 1408 et vit le commencement de la journée des barricades pendant les guerres de religion. Le président Brisson, les conseillers Larcher et Tardif y sont pendus. Il fut cédé à l'Hôtel-Dieu par Louis XIV. Les caves ont été conservées et la chapelle des condamnés forme la partie principale des cagnards de l'Hôtel-Dieu annexe. La prison est démolie en 1782.

L'*Hôtel-Dieu annexe* date de 1636. Le côté en bordure de la rue de la Bûcherie, faisant partie de la fondation de Mazarin, pour un hôpital de convalescents, n'a rien de remarquable, à part le réfectoire du rez-de-chaussée à piliers carrés. En 1840, M. Huvé avait présenté un projet tendant à transporter l'Hôtel-Dieu sur la rive gauche.

La construction de *Saint-Julien le Pauvre* remonte au XIIe siècle. Cette merveille d'architecture, recommandée à la sollicitude des amateurs du beau par Viollet-le-Duc et Victor Hugo, offre une transition du roman au gothique. Là se faisait l'élection des recteurs. M. Mauger cite les différences entre les écoles du Clos-Galande, où on s'occupe de médecine, de philosophie et de sciences naturelles, de la Montagne Sainte-Geneviève, où on fait de la théologie, et de Saint-Victor, où est enseigné le droit canonique ou civil. Il rappelle les troubles de l'Université et signale les habitants célèbres de la rue du Fouarre : Brunetto Latini, Le Dante, Pétrarque, Rabelais.

En face de Saint-Julien se trouve la *maison d'Isaac Laffemar*, dont la porte est ornée d'un fronton remarquable. Isaac Laffemar est le lieutenant de police qui dirigea avec une si révoltante partialité l'instruction du procès du maréchal Marillac.

L'*Ecole de médecine de la rue de la Bûcherie*, 13 et 15, est fondée en 1354 et transférée, à la Révolution, au collège de Bourgogne. La vaste salle ogivale, qui fut la première salle de dissection de Paris, est maintenant occupée par un lavoir. Nous trouvons, entre autres, dans les anciens règlements, une défense d'exercer le professorat pour les docteurs mariés. Dans son historique de l'Ecole, M. Mauger cite les différends qui éclatèrent entre la Bûcherie et Saint-Cosme (école de chirurgie) à propos des réceptions de chirurgiens. L'Ecole de Saint-Cosme admettait des femmes à ses degrés. Puis les différends entre la Faculté de Paris et les médecins de Montpellier venus à Paris à l'occasion de la peste et protégés par Daguin et Vallot, médecins du roi. La Faculté est non seulement maintenue dans le privilège de l'exercice exclusif de la médecine à Paris, mais autorisée à exercer dans toute l'étendue du royaume. Les diplômes délivrés par les Facultés de province ne sont déclarés valables que dans le ressort de la Faculté.

M. Mauger émet principalement le vœu de voir conservés ces vestiges remarquables de temps passés et de les voir transformés en musée de l'Université de Paris.

Sa conférence a été illustrée de projections prises par M. Londe, chef du service photographique de M. le prof. Charcot, et par M. Rey, et exécutées à la lumière oxhydrique par M. Martinez. Ces photographies, parmi lesquelles une magnifique gravure avant la lettre communiquée par M. Cousin, bibliothécaire de la ville, ont, en dehors de leur intérêt documentaire, celui d'avoir été prises très habilement au magnésium, à l'éclair photographique et au photopoudre. C.

L'Université de Paris en 1890.

Même abstraction faite du Collège de France, du Muséum, de l'Ecole des Chartes, de celle des langues orientales et autres grandes écoles placées sous un régime spécial, l'Université parisienne, avec ses cinq Facultés et son Ecole supérieure de pharmacie, est la plus populeuse Université du monde. Elle a compté, en effet, l'année dernière, 10,174 étudiants inscrits ; elle en avait 10,375 l'année précédente. En 1890, les étudiants étrangers ont été de 986. Le plus grand nombre, 759, se trouve à la Faculté de médecine. Depuis quelques années, le chiffre des étudiants en médecine étrangers forme le cinquième du chiffre total des étudiants inscrits. C'est une proportion qui fait honneur à notre pays, dont elle montre l'influence à l'étranger où la plupart de ces étudiants, devenus docteurs, vont répandre nos idées, répandre notre littérature médicale, sans compter les avantages qu'en retirent, par les consultations, les médecins de notre pays. Les contrées qui nous envoient le plus de ces étudiants étrangers sont, par ordre : la Russie, l'Amérique du Nord, la Roumanie, l'Angleterre, le Danemark, la Suisse, la Grèce, l'Allemagne, etc.

La Grippe en 1890-91.

La grippe semble achever son tour du monde. Elle est en ce moment en Chine, mais fait sur l'Europe un petit retour offensif. Quelques pays ont une queue d'épidémie, et en France on en voit des cas bien isolés, bien bénins, mais assez caractéristiques pour qu'il soit facile d'y reconnaître l'influence de la grande maladie de l'an dernier. Elle imprime son cachet aux affections des voies respiratoires, qui sont devenues fréquentes et meurtrières depuis six semaines. Elles ont élevé le niveau de la mortalité d'une manière sensible. On a enregistré à Paris 4.477 décès dans les quatre dernières semaines de 1890 ; les maladies respiratoires en ont causé 832 et la phtisie 850. Les pneumonies ont été, comme d'habitude, terribles pour les vieillards.

Société Française des Pharmacies Coloniales.

Les journaux pharmaceutiques ont publié dernièrement la relation d'un voyage fait en Orient par deux pharmaciens Autrichiens, au point de vue de leur profession. Le but de ces voyageurs était de trouver pour les nombreux pharmaciens d'Autriche des pays d'émigration où ils joueraient le rôle de pionniers de la civilisation et du commerce autrichiens. Les Echelles du Levant, si convoitées, sont depuis longue date sous l'influence française. L'Allemagne, l'Autriche, l'Italie, s'efforcent de la supplanter. Des postes qui devraient être réservés à nos compatriotes sont déjà occupés par des Etrangers ; des contrées de l'Afrique, de l'Asie, depuis peu ouvertes aux Européens, grâce au sang de nos soldats, sont également menacées d'une invasion de pharmaciens Allemands et Anglais. Cette situation est due à notre apathie proverbiale pour l'expatriation et aussi à la pénurie de capitaux et de conseils dont disposent nos jeunes pharmaciens. Il serait donc patriotique d'encourager, d'éclairer les initiatives des nôtres et de lutter par l'Association qui est la loi de l'avenir, contre l'empiétement de l'Etranger, en faveur des confrères de la Métropole. Tel est le mobile qui a inspiré la fondation de la *Société Française des pharmacies coloniales.* Cette société, toute d'encouragement, n'a ni la pensée, ni les moyens de se substituer à l'initiative individuelle. Sa mission se bornera à encourager et à seconder les Pharmaciens Français disposés à chercher une situation meilleure dans les colonies et à l'Etranger. Elle leur donnera toutes les indications dont elle pourra disposer, les recommandera tant à ses correspondants qu'aux chambres de commerce locales et aux représentants officiels de la France ; elle accordera des passages gratuits ou réduits, des subsides momentanés à ceux qui n'auraient pas de ressources suffisantes ; elle sollicitera des crédits ou des remises exceptionnelles aux fournisseurs, s'efforcera en un mot de faciliter, par tous les moyens, l'établissement des candidats justifiant de connaissances scientifiques et d'aptitudes commerciales ou industrielles permettant d'espérer qu'ils pourront contribuer à l'éclat de la science française et à assurer de nouveaux débouchés à la production nationale. Le rôle que la société aura à remplir est de la plus haute importance. Les officines créées loin de la France ne devront pas être seulement de simples comptoirs commerciaux, mais en même temps des postes scientifiques, utiles à notre influence extérieure. Elle devra s'entourer de tous les documents les plus complets ; elle attirera les collaborateurs les plus nombreux et les plus compétents, se mettra en relation avec les sociétés de colonisation, les sociétés savantes, les consulats, les chambres de commerce, les explorateurs ; tâchera enfin, grâce au zèle et à l'activité des fondateurs, d'attirer l'attention sympathique de tous ceux qui s'intéressent à la richesse et à la gloire nationales.

Extrait des Statuts. — ARTICLE PREMIER. Il est fondé une société sous la dénomination de *Société Française des Pharmacies coloniales*, dont le siège est à Blaye.

TITRE Ier. — *But de la Société.* — ART. 2. La société a pour but de faciliter l'établissement à l'étranger ou dans nos colonies des pharmaciens français dignes de son patronage et justifiant de connaissances scientifiques, commerciales ou industrielles suffisantes. — ART. 3. A cet effet, la société recommande, soit à ses correspondants, soit aux représentants officiels de la France, les pharmaciens qui peuvent se suffire par leurs ressources personnelles ; elle accorde des passages gratuits ou réduits et fait des avances pécuniaires ou vient en aide, par tous autres moyens, à ceux dont la situation de fortune l'exigerait. — ART. 4. Les débours couverts par la société devront lui être remboursés par les bénéficiaires, *dès qu'ils jugeront à même de le faire*, afin de permettre à la société d'appliquer à de nouveaux candidats les rentrées ainsi effectuées.

TITRE II. — *Organisation.* — ART. 5. La société comprend des sociétaires et des adhérents. Sont sociétaires fondateurs tous donateurs d'une somme de 500 francs ou plus, une fois versée ; Sont sociétaires, tous souscripteurs d'une cotisation annuelle de 20 francs au moins ; sont adhérents, tous souscripteurs d'une cotisation annuelle de 6 francs au minimum. Les cotisations sont payables d'avance et par exercice. Le titre de bienfaiteur sera réservé aux personnes qui auront rendu de grands services à la société. Ce titre sera voté en séance générale.

TITRE III. — *Conseil d'administration.* — ART. 6. La société est administrée par un conseil composé de membres nommés en assemblée générale des sociétaires. Leurs fonctions sont gratuites. Le conseil d'administration comprend en outre deux membres de droit : 1° Le Président de la Chambre de commerce de Bordeaux. 2° Un professeur de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux, délégué par la dite Faculté. Les adhésions, les encouragements de toute nature, devront être adressés au fondateur, Secrétaire du Comité de patronage, M. Capmartin, pharmacien à Blaye.

Instructions contre la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie.

Nous avons dit, récemment, que le Conseil d'hygiène de la Seine était occupé à discuter des formulaires pour les précautions qui doivent être prises lorsque se produisent des cas de maladies contagieuses et, notamment, de variole, de fièvre typhoïde et de diphtérie. Ces formulaires viennent d'être adoptés par le Conseil d'hygiène. En voici un résumé :

De la variole. — Sous ce titre : « Mesures à prendre dès qu'un cas de variole se produit », se trouvent les instructions divisées en quatre parties : A. Transport du malade. — B. Isolement du malade. — C. Désinfection des objets ayant été en contact avec le malade, et mesures de précaution à prendre par celui-ci. — D. Désinfection des locaux.

Le Conseil d'hygiène prescrit en première ligne : Les cas de variole seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris ou à la mairie dans les communes du ressort de la préfecture. L'administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

Ensuite, il dit, en ce qui concerne le transport du varioleux : Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial. Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter. Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises gratuitement à la disposition du public par l'administration.

Dans le cas où le malade n'est pas transporté, il doit être isolé. Il sera placé dans une chambre séparée où pénétreront seules les personnes qui le soignent. Les instructions ajoutent : Son lit sera placé au milieu de la chambre ; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés. Le malade sera tenu dans un état constant de propreté. Les personnes appelées à donner des soins à un varioleux devront être revaccinées. Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (à 12 grammes par litre d'eau) toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie. Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade. Elles devront avoir des vêtements spéciaux et les quitter en sortant de la chambre. Tous les objets (linge, draps, couvertures, objets de toilette, etc.), ayant été en contact avec le malade, doivent être désinfectés. Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre, les autres faibles, renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les linges souillés ; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non

souillés. Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles. Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes. Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau. Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection. Le malade ne doit sortir qu'après avoir pris plusieurs bains. La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier. Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

De la fièvre typhoïde. — Les instructions sur les précautions à prendre contre la fièvre typhoïde sont précédées de cette explication : Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections des maladies. La contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée par ces déjections ou par tout objet souillé par elles. Le conseil d'hygiène prescrit des mesures préventives : En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue. Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes. Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon. Les habitudes alcooliques, les excès de tous genres, et surtout les excès de fatigue, prédisposent à la maladie. De même que pour la variole, les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier, à Paris, ou à la mairie, dans la banlieue. Le transport du malade et son isolement se font dans les mêmes conditions que ceux des varioleux. Pour la désinfection des matières, les instructions disent notamment : Il est de la plus haute importance que les déjections du malade, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés. Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte (préconisée pour les varioleux). On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées ou répandues. Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau. Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes. Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection.

De la diphtérie. — Les instructions relatives à la diphtérie sont précédées de ces lignes : La diphtérie est une affection éminemment contagieuse. Le germe de la diphtérie est contenu dans les fausses membranes et les crachats. Il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration. Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux. Comme mesures préventives, le conseil prescrit : L'isolement et la désinfection sont les seules mesures efficaces de préservation. En temps d'épidémie, tout mal de gorge est suspect, le germe de la diphtérie se développant surtout sur une muqueuse déjà malade, appeler de suite un médecin. Le cas de diphtérie, comme les cas de variole et comme ceux de fièvre typhoïde, doivent être déclarés au commissariat de police à Paris, et à la mairie dans la banlieue. Parmi les principales dispositions de ces instructions, nous relevons les suivantes : Le malade doit être tenu dans le plus grand état de propreté. On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc. Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants. Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine et de se tenir en face de sa bouche pendant les quintes de toux. Si ces personnes ont des crevasses ou des petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion. Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie. Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 19. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Ch. Richet, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Retterer, Ricard.

MARDI 20. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Debove, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Humbert, Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Gilbert, Ballet. — (2e *Série*) : MM. Proust, Legroux, Hanot.

MERCREDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Terrillon, Netter. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Brissaud, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Segond, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Marie.

JEUDI 22. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Humbert, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Le Dentu, Quénu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Brun. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Maygrier, Nélaton.

VENDREDI 23. — 1er *de Doctorat*: MM. Regnauld, Gariel, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Letulle, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Tuffier. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Segond, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Straus, Robin, Brissaud.

SAMEDI 24. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Brun, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Humbert, Bar. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Legroux, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Maygrier, Campenon. — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 22. — M. Dortel. L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale. — M. Villy. Essai sur la valeur thérapeutique du jambol. — M. Acquerin. Contribution à l'étude médico-légale de la paralysie générale. — M. Courtois-Suffit. Des pleurésies purulentes. — M. Boulay. Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. — M. Adamski. De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum ; soins consécutifs. — M. Carillon. Du mal des montagnes.

Enseignement médical libre.

Médecine légale (aliénation et criminalité). — M. le Dr DUBUISSON, le jeudi à 4 h. 1/2, à la Faculté de droit.

L'hygiène de la vue. — Conférence faite au Conservatoire national des Arts et Métiers (n° 292, rue Saint-Martin), par M. le Dr GEORGE, maître de conférences à l'Institut national agronomique, le dimanche 18 janvier 1891, à 2 h. 1/2 très précises. Projections par M. Molteni.

FORMULES

V. — Aristol.

V. — L'*Aristol* ou *Thymol bi-iodé* est une poudre jaune, légèrement orangée, insoluble dans l'eau, préconisée comme succédané de l'Iodoforme. Son odeur rappelle celle du Thymol ; elle est du reste peu accentuée. On emploie l'Aristol en nature pour saupoudrer les plaies, soit pur, soit mélangé à la poudre de lycopode ou d'amidon.

Poudre.

Aristol . . . . 5 gr.
Amidon ou Lycopode. . . . . 5 à 10 gr.

Pommade.

Aristol . . . . 1 à 5 gr.
Vaseline . . . . 10 gr.

VI. — Antiseptol.

VI. — *Antiseptol* ou *Iodosulfate de Cinchonine.* Poudre de couleur brune, comme celle du Kermès, combinaison définie d'Iode et de sulfate de Cinchonine que l'on peut obtenir cristallisée ; elle est insoluble dans l'eau (soluble dans l'alcool et l'éther) et ne présente aucune odeur. Elle renferme la moitié de son poids d'Iode. On l'emploie au lieu et place de l'Iodoforme, en nature ou mélangée avec de la poudre de Lycopode ou de Talc.

Poudre.

Antiseptol. . . . . 5 gr.
Poudre de Lycopode ou de Talc . 5 à 10 gr.

Pommade.

Antiseptol. . . . . 1 à 5 gr.
Vaseline ou Lanoline. . . . . 10 gr.

P. YVON.

SOCIÉTÉ GÉOLOGIQUE DE FRANCE. — La Société géologique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1891. *Président* : M. Munier-Chalmas ; *vice-présidents* : MM. Michel Lévy, Œhlert, Ferrand de Missol, Rames. *Secrétaires* : MM. J. Bergeron, Hang ; *vice-secrétaires* : MM. Dereims, Thiéry ; *trésorier* : M. Douvillé. *Archiviste* : M. Emm. de Margerie. *Membres du conseil* : MM. Velain, Schlumberger, de Lapparent, Carez, Parran, Fayol, Mallard, Nicklès, Bioche, Bertrand, Fischer, Seunes.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 4 janv. 1891 au samedi 10 janv. 1891, les naissances ont été au nombre de 1283 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 467 ; illégitimes, 198, Total, 658. — *Sexe féminin :* légitimes, 446 ; illégitimes, 179, Total, 625.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 4 janv. 1891 au samedi 10 janv. 1891, les décès ont été au nombre de 1274 savoir : 635 hommes et 639 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 3, T. 9. — Variole : M. 2, F. 0, T. 2. — Rougeole : M. 6, F. 6, T. 12 — Scarlatine : M. 4, F. 4, T. 8. — Coqueluche : M. 3, F. 9, T. 12. — Diphtérie, Croup : M. 17, F. 18, T. 35. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 92, T. 207. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 14, T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5, T.6 — Tumeurs malignes : M. 17, F. 41, T. 58. — Méningite simple : M. 10, F. 15. T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 24, T. 57. — Paralysie : M. 5, F. 2, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 10, T. 12.— Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 35, T. 67. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 28, T. 53.— Bronchite chronique : M. 23, F. 34, T. 57. — Broncho-Pneumonie : M. 20, F. 17, T. 37 — Pneumonie : M. 70, F. 76, T. 146. — Gastro-entérite, biberon, M. 17, F. 15, T. 32. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 4, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 4, T. 9. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 26, F. 15, T. 41.— Sénilité : M. 16, F. 43, T. 59. — Suicides : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres morts violentes : M. 10, F. 4, T. 14.— Autres causes de mort : M. 124, F. 106, T. 230. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 8, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 104. qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 46, illégitimes, 15. Total : 61. — *Sexe féminin* : légitimes, 29, illégitimes, 14. Total : 43.

Faculté des sciences de Bordeaux. — A la date du 15 décembre, un congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande et à partir du 1er décembre 1890, à M. Raulin, préparateur de géologie à la Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Reyt, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur de géologie à la Faculté des sciences de Bordeaux, pendant la durée du congé accordé à M. Raulin (du 1er décembre 1890 au 30 novembre 1891). — M. Caubet, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est chargé, pendant l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de préparateur de physique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Faculté des sciences de Caen. — Un congé est accordé, sans traitement, pendant l'année scolaire 1890-1891, à M. Guesdon, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Caen.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Sicard, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé, pour trois ans, à partir du 20 octobre 1890, doyen de ladite Faculté.

Faculté des sciences de Marseille. — En date du 19 décembre, la chaire de géologie et de minéralogie de la Faculté des sciences de Marseille est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats à cette chaire pour produire leurs titres.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Toureng (A.-J.), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et de botanique à la Faculté des sciences de Poitiers, en remplacement de M. Gayet, démissionnaire.

Faculté des sciences de Toulouse. — En date du 19 décembre, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Toulouse est déclarée vacante.

Faculté de médecine de Lyon. — En date du 22 décembre, M. Chaumont (A.-L.-J.), maître répétiteur au Lycée de Saint-Etienne, est nommé commis au secrétariat de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

Faculté libre de médecine de Lille. — Sont nommés *externes* : MM. Fayet, Camelot, Samoin, Thoyer, Delagrange et Moissy ; — *Aides d'anatomie provisoires* : MM. Camelot et Fayet.

Faculté de médecine de Toulouse. — *Son organisation*.— MM. les Drs Brouardel et Bouchard, partis pour organiser le personnel enseignant de la Faculté de médecine de Toulouse, ont visité les divers services de cette Faculté. Ils se sont montrés satisfaits. Le soir, ils ont assisté au diner donné en leur honneur par le préfet et auquel étaient invités plusieurs membres de l'université et quelques notabilités.

Ecole de pharmacie de Limoges. — A la date du 15 décembre, M. Raymondaud, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est nommé, pour trois ans, à partir du 31 décembre 1890, directeur de ladite Ecole.

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'Externat*. — La dernière question de pathologie posée aux candidats à l'externat (nouveaux) a été celle-ci : *Symptômes et diagnostic de la scarlatine*. — Voici maintenant les premières questions d'anatomie posées aux candidats à l'externat (vétérans) : *Rapports des poumons ; — Rapports du rectum ; — Rapports de l'œsophage*.

Hôpital d'enfants a Amiens. — La veuve d'un ancien secrétaire général de la Somme, Mme de Saint-Céran, vient de léguer à la ville d'Amiens, une somme de 500.000 fr. pour la fondation d'un établissement de bienfaisance, qui sera très probablement un hôpital pour les enfants malades.

Hopitaux de Poitiers. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par la nomination de MM. Delage et Turquet, comme internes ; de M. Decourt, interne suppléant ; de MM. Bontin, Petit, Delage, Dion et de Fontguyon, externes.

Hôpitaux de Tours. — M. le Dr Gilles est nommé, après concours, médecin adjoint de l'Hospice général.

Académie de médecine. — *Legs*. — Par décret du 23 décembre, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine est autorité à accepter, au nom de cette Académie, le legs de la somme de dix mille francs (10,000 fr.) qui lui a été fait par le Dr Ricord (Philippe), suivant son testament olographe du 11 février 1882. Cette somme sera placée en rentes 3 p. % sur l'Etat français, avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages à la fondation d'un prix biennal, dit « Prix Philippe Ricord », qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

Bureau municipal d'hygiène de Lyon. — Le concours pour la place de directeur du Bureau d'hygiène municipal de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Gabriel Roux.

Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. — M. A. Ollivier a fait approuver par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine un rapport relatif à une *petite épidémie d'angine diphtérique* qui s'est déclarée, au mois d'octobre dernier, dans le quartier du Gros-Caillou. — Le Conseil d'hygiène a ensuite continué la discussion sur les *instructions concernant les précautions à prendre contre les maladies contagieuses*. Il a décidé de rédiger pour la scarlatine une instruction semblable à celles que nous avons résumées (p. 68) et qui concernent la fièvre typhoïde, la variole et la diphtérie. Les cas de scarlatine devront donc être déclarés aux commissariats de police à Paris et aux mairies dans la banlieue. Pour la coqueluche et pour la rougeole, le conseil se bornera à rédiger des instructions destinées à indiquer les meilleures précautions à prendre afin d'éviter la contagion.

Distinctions Honorifiques.— Sont nommés *Officiers d'Académie* : MM. Ajello (J.-J.-M.), docteur en médecine, médecin-inspecteur des enfants du premier âge, à Alger ; Apiau, préparateur d'anatomie à Paris ; Astre (A.-Ch.-B.), chargé des fonctions d'agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier ; Alibert (J.-P.-E.-I.), médecin de l'Ecole normale de Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Benech (L.), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bordeaux ; Blache (R.-H.), docteur-médecin à Paris ; Blanchot (F.-H.), docteur-médecin, conseiller général, délégué cantonal à Grandvelle (Haute-Saône) ; Blé (E.), docteur-médecin à la Roche-sur-Yon (Vendée), délégué cantonal ; Brou de Laurière (M.-A.-P.) docteur en médecine, médecin en chef de l'asile de vieillards de Périgueux (Dordogne) ; Barette (D.-J.-R.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen ; Baudry (L.-A.-S.), professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lille ; Baumel (H.-L.-E.), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; Bax (P.-E.), ancien suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens ; Bordas (J.-G.-F.) préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Bourgeois (L.), aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle ; Canu, docteur-médecin conseiller municipal à Ardres (Pas-de-Calais) ; Charvot (Aug.), docteur en médecine de la société des sauveteurs de la Seine ; Chassang, docteur-médecin, maire de Cérest (Basses-Alpes), président du du conseil d'arrondissement ; Cherbuliez, docteur en médecine, lauréat de la Faculté de médecine ; Catois (E.-H.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen ; Crouzat (J.-F.-E.) préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Daffas (J.), docteur en médecine à Salviac (Lot) délégué cantonal ; Dard (A.-A.), docteur-médecin, délégué cantonal à Custines (Meurthe-et-Moselle) ;

Dufilho (J.-J.), pharmacien à Saint-Cloud (Seine-et-Oise), trésorier de la caisse des écoles; Dulac (L.-H.), docteur en médecine à Montbrisson (Loire), délégué cantonal; Delattre, préparateur d'anatomie à Paris; Dorveaux (P.-M.-J.), bibliothécaire de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris; Demeny, docteur en médecine, chargé d'une mission en Suède pour y étudier l'enseignement de la gymnastique; Eberlin (Ph.-J.), ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. Travaux de classification de l'herbier de la Faculté des sciences de Marseille; Fauré (M.-H.-J.), médecin à Loubens (Haute-Garonne) délégué cantonal; Fichot (S.-Ch.), docteur en médecine, médecin chef à l'hôpital de Nevers; Francoz (F.-A.), docteur en médecine à Annecy (Haute-Savoie), membre du bureau d'administration du lycée; Geoffroy (M.), docteur en médecine, maire de Mouans-Sartoux, président du conseil d'arrondissement de Grasse; Gérard (E.), maire de Beauvais (Oise), médecin de l'école normale d'instituteurs, conseiller général; Geschwind (H.-P.), médecin-major de 1er classe à l'hôpital militaire de Mostaganem (Algérie); Gigon (A.-H.), pharmacien à Paris; Gorry (Th.), docteur en médecine, médecin des enfants assistés à Saint-Laurent-du-Médoc (Gironde); Goy (Adolphe-Etienne), professeur de gymnastique à l'Assistance publique de la Seine; Guiraud (J.-H.), docteur-médecin à Lavaur (Tarn), délégué cantonal; Girard (Joseph de), agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier; Gley (M.-E.-E.), agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Grandin (M.-E.-R.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours; Guillemet (V.-M.-G.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes; Hariot (L.), pharmacien à Méry-sur-Seine (Aube), ancien délégué cantonal; Héron, docteur-médecin à Tours (Indre-et-Loire), délégué cantonal; Hyvert (J.-J.), docteur en médecine à Lyon, délégué cantonal; Jagot (L.-M.), suppléant à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Angers; Langlet (E.-L.), pharmacien, conseiller municipal, délégué cantonal à Saint-Quentin (Aisne); Larché (A.-N.), docteur en médecine, membre de la commission administrative de l'école normale d'institutrices à Avignon (Vaucluse); Lejars (F.-M.-L.), chef de clinique chirurgicale à Paris; Leroty (A.-L.), pharmacien-professeur à l'Union des femmes de France; Lestage, docteur-médecin, conseiller général des Landes; Lesueur (L.-A.), docteur-médecin à Vimoutiers (Orne), adjoint au maire; Lebattut (P.-M.), suppléant à l'Ecole de méd. et de pharm. de Grenoble; Lagrange (P.-F.), agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux; Laugier (P.), docteur en médecine à Paris, ancien préparateur au Muséum d'histoire naturelle; Marc-Laffont (J.-M.-L.), docteur-médecin à Paris; Maréchal (A.), docteur-médecin à Paris; Mesnard (J.-E.), docteur-médecin, maire de Saint-Gervais-les-trois-Clochers (Vienne); Mugnier (L.-L.), docteur en médecine, médecin-inspecteur des enfants du premier âge; Moret (J.-L.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims; Nicolas (M.-A.), agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Paganel (J.-J.), docteur-médecin, à Sylvestre (Lot-et-Garonne); Pujade (P.-J.-J.) docteur en médecine, maire d'Amélie-les-Bains, (Pyrénées-Orientales), conseiller général; Petel (E.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Rouen; Pignot (A.-B.), préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Poullet (P.-J.), agrégé près la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon; Ranque (P.-M.-Am.), professeur libre de sciences médicales, à Paris; Rondeau (P.), docteur-médecin, à Paris; Rousselet (Albin), publiciste, rédacteur au *Progrès Médical*, à Paris; Roux (J.-S.), professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille; Roulland (Ch.), médecin de l'école normale d'institutrices de Niort (Deux-Sèvres); Simon (M.-V.-P.), agrégé près la Faculté de médecine de Nancy; Tafforin (J.-N.-C.), docteur, maire d'Availles-Limouzine (Vienne), conseiller général, délégué cantonal; Toussaint (O.-E.) docteur-médecin, à Argenteuil (Seine-et-Oise); Vilaneix (L.), médecin à Egleton (Corrèze), délégué cantonal.

Chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr Lesourd, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

CONFÉRENCES D'INTERNAT. — MM. Guillemain, Boulloche, Rénon et Soupault, internes des hôpitaux, commenceront leur conférence d'internat le samedi 24 janvier 1891, à 3 h. 1/2 de l'après-midi, amphithéâtre Cruvelhier, au musée Dupuytren (Faculté de médecine) et la continueront les samedis suivants, à la même heure.

LEGS POUR LA CRÉATION D'UNE MAISON DE RETRAITE A VILLE-D'AVRAY. — Mme Dominé de Vernez, veuve d'un magistrat, était possédée de la manie de la bâtisse. Bien plus, elle ne dédaignait pas à l'occasion de se mettre elle-même à la besogne. Mme Dominé de Vernez a légué à Ville-d'Avray trois immeubles d'une valeur de 80.000 fr. dont deux sont aliénables afin de permettre d'établir dans le troisième une maison de retraite pour les vieillards de la commune. Voilà une maniaque comme il en faudrait beaucoup!

ENSEIGNEMENT MUNICIPAL DE LA MÉDECINE. — *Hôpital Necker.* — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures.

MÉDECINS DES LYCÉES. — A la date du 19 décembre, M. le Dr HOBON est nommé médecin adjoint du Lycée d'Alençon, en remplacement de M. le Dr Bodé, décédé. — M. le Dr SAINT-ANGE, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse, est nommé médecin du lycée de Toulouse, en remplacement de M. le Dr Ripoll.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. E. PERRIER, professeur de zoologie (*annélides, mollusques et zoophytes*) au Muséum d'histoire naturelle, a ouvert ce cours le vendredi 9 janvier, à deux heures quinze, dans les nouvelles galeries de zoologie et le continue les lundis et vendredis suivants à la même heure.

POÊLES MOBILES. — *Leurs dangers.* — Un nouvel et terrible accident, causé par un poêle mobile, s'est produit hier, à Asnières. Dans un petit pavillon, habitaient les époux C... et leurs deux enfants. Un soir, à huit heures, M. et Mme C..., obligés de s'absenter, priaient leur oncle, M. J. C..., âgé de cinquante-cinq ans, de venir garder les deux enfants. Il devait passer la nuit dans la chambre des enfants où se trouvait un poêle mobile allumé. A onze heures et demie, M. et Mme C... rentraient et étaient à demi suffoqués par l'odeur d'acide carbonique qui régnait dans la maison. En pénétrant dans la chambre des enfants, ils trouvèrent ceux-ci couchés et ne donnant plus signe de vie. Mme C... ouvrit aussitôt les fenêtres et vainement essaya avec son mari de ranimer les pauvres petits; ils avaient tous deux succombé à l'asphyxie. Quant à M. J. C..., assis sur une chaise, il était évanoui. D'après l'enquête faite par le commissaire de police de la circonscription, il résulte que M. J. C..., ayant eu probablement trop chaud, a voulu, dans la soirée, diminuer le tirage du poêle mobile en en fermant la clef. Les gaz délétères, retenus dans le poêle, se sont répandus dans la chambre et peu après ont empoisonné les deux enfants et M. C...

SOCIÉTÉ DES AMIS DES SCIENCES. — *Legs.* — Par décret du 18 décembre, le Conseil d'administration de la Société de secours des Amis des Sciences, reconnue comme établissement d'utilité publique, le 14 avril 1878, est autorisé à accepter, au nom de cette Société, aux clauses et conditions imposées, le legs fait à cette association par la dame veuve Aubertin, née Marie-Françoise Barthélémy, suivant son testament olographe du 24 décembre 1872, et consistant en une somme de soixante mille francs (60,000 fr.), qui sera placée en rentes 3 p. °/o sur l'Etat français.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE. — *Prix Godard.* — Dans sa dernière séance, la Société anatomique a décerné à l'unanimité le prix Godard, dont elle dispose tous les deux ans, à notre excellent collaborateur, M. Alexandre PILLIET. Nous félicitons notre ami de cette distinction méritée.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Est nommé Président du *Comité technique de santé*, M. le médecin inspecteur Colin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.— Le bureau de la Société de Chirurgie est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions imposées, le legs de la somme de cinq mille francs (5,000 fr.), qui lui a été fait par le Dr Ricord (Philippe), suivant son testament olographe du 11 février 1882. Le montant de ce legs sera placé conformément à l'article 18 des statuts de l'Association.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BORELLI, professeur à Turin, sénateur d'Italie. — M. le Dr Emile MARTIN (Marseille). — M. le Dr R. GEE, de l'University College de Liverpool. — M. le Dr E. BELLAMY, lecteur de chirurgie à l'Ecole de médecine de Charing-Cross (Londres). — M. W.-C. GOSÉ, professeur d'hygiène militaire à Amsterdam. — M. James CROLL, géologue et surtout philosophe anglais, dont l'œuvre ultime est *The philosophie basis of evolution.* — M. le Dr J. MARSHALL, professeur de chirurgie à l'University College de Londres. —M. le Dr BERGÉS (de Guntz). — M. le Dr PINICHAUD (de Genève). — M. le Dr BOURHIS (du Faou). — M. le Dr GAMEZ (de Damey). — M. le Dr VAUX (de Chalon-sur-Saône).

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Viennent de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs. — Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'hôpital Bichat. Service de Chirurgie du Dr Terrier (1883-1889), par le Dr Marcel BAUDOUIN, avec une préface et deux introductions de **M. le Dr F. Terrier.** Un beau volume in-8 de 220 pages, avec 10 figures et 4 photogravures. Prix : 5 francs. — Pour nos abonnés : 3 fr. 75.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. Le samedi 17 janvier, examen des idiots ruminants — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LA LECTURE RÉTROSPECTIVE. — C'est la plus intéressante et la moins coûteuse des revues françaises, eu égard à la quantité de matières qu'elle contient. Le numéro du 5 janvier, qui renferme un fort joli portrait de Gustave FLAUBERT, gravé par THIRIAT, contient la première partie d'un roman peu connu du célèbre historien Henri MARTIN : *Minuit et Midi*; il renferme en outre : Victor HUGO : *La Cervelle de Talleyrand*: Gustave FLAUBERT : *Madame Bovary* (suite); G.-A. SAINTE-BEUVE : *Flaubert et Madame Bovary;* Albert GLATIGNY : *La Normande* (poésie); Paul PARFAIT : *La Boutique à un sou*; Godefroy CAVAIGNAC : *Une Tuerie de Cosaques* (fin); Amédée PICHOT : *Madame de Talleyrand* ; Comte d'HAUSSONVILLE : *Ma jeunesse, Souvenirs.* Un numéro spécimen est envoyé contre demande accompagnée de 60 centimes adressés à la *Lecture*, 10, rue Saint-Joseph. Paris. Abonnements : 14 francs par an, en un mandat-poste à la même adresse.

Librairie J.-B BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

DE BUCK. — La série aromatique en thérapeutique. Volume in-18 cartonné de 180 pages.

DUVAL (E.). — Traité pratique du pied-bot, avec une préface du Dr PÉAN. Volume in-8° de 371 pages, avec 46 figures. — Prix . . . . 6 fr.

VERNEAU (R.). — Les races humaines. 1re série des Merveilles de la nature, par A.-E. Brehm. Brochure in-4° de 32 pages, avec 33 figures. — Prix de la série. . . . . 0 fr. 50

Librairie Georges CARRÉ, 58, rue Saint-André-des-Arts, 58.

ENCAUSSE (G.). — Essai de physiologie synthétique, avec 35 schémas inédits. Volume in-8° de 130 pages.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

BAILLON (H). — Les herborisations parisiennes (recherche, étude pratique et détermination facile des plantes qui croissent dans les environs de Paris). Volume in-18 de 482 pages, avec 445 figures. — Prix . . . . 6 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain

GRASSET (J.) — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier (novembre 1886 — juillet 1890). Volume in-8° de 758 pages. — Prix. . . . . 12 fr.

ROUSSY. — Recherches expérimentales sur la pathogénie de la fièvre. Extrait des *Archives de physiologie*. Brochure in-8° de 16 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, 2.

CARRÈRE (G.-A.). — Etude sur le traitement de la teigne tondante. Volume in-8 de 111 pages.

JAUSSENS (E).— Annuaire démographique et tableaux statistique des causes de décès dans la ville de Bruxelles. Brochure in-8° de 44 pages, avec un tableau et un plan de la ville de Bruxelles. — Bruxelles, 1890. — Imprimerie Ve J. Baertsoen.

BASTIANELLI (R.). — Sull' operazione di Alexander modificata e sulla laparoisteropestia. Brochure in-8°, de 44 pages. — Roma, 1890. — Tipografia di Innocenzo artero.

HART (E.).— An adress on Ether-Drinking ; its prevalence and results. Extrait du *British Medical Journal.* — London, 1890. — *British Medical Association.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 4. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 24 JANVIER 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Sur un cas de syringomyélie observé en 1875 et 1890 ;

par J.-M. CHARCOT, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine et E. BRISSAUD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

On accuse les médecins d'inventer chaque jour des maladies nouvelles. Ce reproche, s'il était formulé sérieusement, serait mal fondé. Sans doute, il n'y a guère de maladies nouvelles sous le soleil. La plupart des « espèces morbides » sont aussi vieilles que « l'espèce humaine » ; c'est à peine si l'on en voit une apparaître tous les cent ans. Mais nous appelons *maladies nouvelles* celles que nous parvenons à isoler dans un groupe plus ou moins artificiel, celles que nous arrivons à distinguer entre toutes par la connaissance plus exacte de leurs symptômes ou de leurs lésions, celles, en un mot, que nous savons diagnostiquer aujourd'hui alors que nous ne le savions pas hier. Il n'y a donc, en fait, rien de nouveau dans ces maladies, si ce n'est le nom dont on les baptise. Or si la science n'est, comme on l'a justement dit, autre chose qu'une langue bien faite, il s'en faut que les noms nouveaux soient toujours bien choisis et, partant, vraiment scientifiques. Tel est le cas pour la *syringomyélie*.

Bien que l'on connaisse de longue date les formations cavitaires spinales — inflammatoires ou gliomateuses — qui ont servi de prétexte à ce mot, il est incontestable que l'histoire nosographique de la syringomyélie ne remonte pas à plus de huit ou dix ans. Chaque fois qu'une maladie est tirée ainsi de l'obscurité, on cherche à lui trouver des précédents. On consulte les auteurs, on compare les faits, souvent même on relève d'anciennes erreurs de diagnostic. Cette étude rétrospective, toujours intéressante en soi, ne peut être de quelque utilité que si les observations ont été bien prises, et surtout si elles sont suffisamment complètes ; mais, il faut l'avouer, le nombre de celles-là n'est pas grand.

Pour ce qui concerne la myélite cavitaire ou gliomateuse « il est très certain, ainsi que l'a bien relevé M. Déjerine, que l'on a fort souvent rapporté à l'atrophie musculaire du type Aran-Duchenne des cas où seule la syringomyélie était en jeu. L'erreur, à n'en pas douter, a été commise par Duchenne lui-même (1). Il admettait que parfois, par exception, une anesthésie cutanée, plus ou moins prononcée, se montrait combinée aux symptômes classiques de l'atrophie musculaire progressive (2). »

Mais la confusion de la syringomyélie avec l'atrophie musculaire n'est pas bien certainement la seule erreur de diagnostic qui ait pu être commise. En raison de la multiplicité de ses localisations, de ses formes et de ses dimensions, la lésion lacunaire est capable de produire les phénomènes les plus disparates. Assurément la gliomatose affecte une prédilection marquée pour la substance grise centrale et les parties blanches adjacentes et, de ce fait, il est permis d'admettre une forme clinique en quelque sorte typique et caractérisée par des symptômes assez constants pour mériter, dans leur ensemble, le nom de syndrome syringomyélique.

Ce n'est pas à dire, cependant, que le syndrome en question ait une valeur pathognomonique infaillible, puisque l'hystérie souvent et le tabes quelquefois peuvent le réaliser. D'autre part, il peut faire défaut, du moins pendant un certain nombre d'années, et n'apparaître que fort tard, alors que la maladie existait déjà depuis fort longtemps, ne s'étant jusqu'alors révélée que par des signes très différents de ceux qui servent à la diagnostiquer d'ordinaire.

A ce titre, l'observation qu'on va lire nous semble présenter quelque intérêt. C'est une observation ancienne, puisque les premiers faits qu'elle relate remontent à plus de quinze ans, c'est-à-dire à une époque où la syringomyélie ne figurait pas encore dans la nosographie.

Mais le malade qui en est le héros s'étant représenté à nous, ces jours derniers, avec un ensemble de symptômes fort différent de celui qui avait été constaté à l'origine, c'est, dans sa seconde partie, une observation absolument contemporaine et, en même temps, toute d'actualité.

Observation. — M. X..., âgé de 25 ans, officier, vient consulter M. Charcot en 1875 pour une affection nerveuse consistant en une incoordination de la marche liée à une faiblesse de toute la moitié gauche du corps. On a dit à M. X... qu'il est ataxique, et il craint qu'on ait dit vrai. En effet, la façon anormale dont il marche n'est pas sans analogie avec celle du tabes : il lance la jambe gauche de côté et d'autre, à chaque pas qu'il fait, sans pouvoir la diriger.

Cependant, à première vue, M. Charcot déclare à M. X... que cette démarche n'a qu'une ressemblance grossière avec l'incoordination ataxique. Sans doute, les mouvements ne sont plus subordonnés à la volonté ; ils ont une certaine incohérence, et le malade est obligé de regarder où il marche et de calculer tous les pas qu'il fait du pied gauche ; mais cela tient à un état spasmodique de la totalité du membre, qui se traduit, en dehors du défaut de coordination motrice, par l'exagération considérable du réflexe rotulien et la trépidation épileptoïde provoquée.

D'ailleurs, le trouble de la marche est accompagné de crampes douloureuses partant de la région lombaire, traversant l'abdomen dans la direction du muscle psoas et s'irradiant à la face interne de la cuisse et à la face antérieure de la jambe sur le trajet des muscles adducteurs de la cuisse et des extenseurs du pied. L'action de ces derniers muscles est tellement prépondérante que, lorsque le malade veut poser la plante du pied sur le sol, il n'y parvient pas ; il marche sur le bord externe de son pied, comme s'il avait une paralysie des péronées.

Le membre est absolument raide ou ne peut être fléchi qu'avec une grande difficulté ; au moment où il doit exécuter son mouvement de translation d'arrière en avant, il oscille dans son ensemble de côté et d'autre, tout d'une pièce, maladroitement, et n'atteint que péniblement son but. La hanche gauche est déjetée en arrière et en dehors, les orteils sont retroussés. Bref, la démarche de M. X... ne ressemble en rien à celle d'un ataxique, si ce n'est par la difficulté qu'il éprouve à placer le pied à l'endroit voulu. Elle ressemble beaucoup plus à celle de

(1) *Electrisation localisée*, 1872, p. 493.
(2) Charcot, *Leçons du Mardi*, 1889, p. 501.

l'hémiplégie infantile compliquée d'un certain degré d'athétose.

D'autre part, les antécédents héréditaires ou personnels du malade ne plaident pas davantage en faveur du tabes. Il appartient à une famille où les hommes, soldats de père en fils, ont eu et ont encore une santé robuste ; du côté maternel, il n'a eu connaissance d'aucune manifestation nerveuse, malgré l'interrogatoire scrupuleux auquel il s'est soumis de bonne grâce et auquel il a répondu en toute sincérité.

Pour ce qui le concerne, les renseignements sont également négatifs sous le rapport des accidents nerveux. Il n'a eu ni convulsions, ni évanouissements, ni vertiges, ni chorée ; il affirme n'avoir jamais eu aucune maladie vénérienne ; il est très sobre, boit très peu à ses repas et ne va jamais au café.

Il a cependant des antécédents pathologiques : à cinq ans une attaque de fièvres intermittentes, à 18 ans une fièvre pernicieuse suivie d'une forte rougeole ; enfin, depuis l'âge de 12 ans, une longue série de « plaies et bosses », comme il en arrive, dit-il, à tous les jeunes gens passionnés pour le cheval. Ces nombreux accidents n'ont, du reste, aucun rapport avec le développement de sa maladie, comme on va le voir.

Celle-ci, en effet, semble avoir débuté dès l'âge de dix ans. M. X... raconte qu'à cette époque, montant à cheval à côté de son père, il se sentait pencher à gauche sur sa selle, comme s'il était plus lourd de ce côté ; il se rappelle que son père lui faisait des remontrances sur cette mauvaise attitude et qu'il ne pouvait la corriger. Ce fait se reproduisit plusieurs fois, souvent, quoique de loin en loin. Mais en 1868 (il avait alors dix-huit ans), la sensation de pesanteur à gauche, qui, jusqu'à cette date n'avait apporté que fort peu de troubles dans ses mouvements, se compliqua d'une faiblesse réelle, dont il s'aperçut en patinant. Il ne se tenait plus aussi bien que par le passé sur le patin gauche, et il était tout emprunté du bras gauche dans les mouvements qui servent à garder l'équilibre. C'est aussi en patinant qu'il se rendit compte que son pied gauche avait une tendance marquée à se tourner en dedans et que sa jambe gauche avait plus de peine à se fléchir sur la cuisse. Enfin, il éprouvait dans le flanc gauche une raideur persistante, limitant d'une façon notable les mouvements de flexion du tronc de ce côté.

Dans tout cela il n'y avait rien encore que de gênant, si bien que deux ans après, lorsque éclata la guerre avec l'Allemagne, M. X... n'hésita pas à faire campagne. Pendant quelque temps il ne ressentit rien de particulier et supporta vaillamment les fatigues communes. Mais un matin il se réveilla avec tout le côté gauche paralysé. Ce ne fut qu'une alerte ; des frictions énergiques ramenèrent le mouvement. « Depuis lors, dit M. X..., la contraction nerveuse dans le flanc gauche et à la partie interne de la cuisse n'a cessé de s'accentuer. Peu à peu, elle est devenue permanente ; l'extension du membre inférieur ne s'est plus jamais faite complètement. Cette jambe se porte plus difficilement en avant, elle peut à peine se plier ; quelquefois elle ne se plie pas du tout. »

C'est dans cet état que le malade vient consulter M. Charcot en 1875.

De ce qui précède, il résulte évidemment que l'affection dont il s'agit n'avait rien de commun avec le tabes; cela résulte peut-être encore davantage de l'absence de tous les signes fondamentaux de la période præ-ataxique : ni les phénomènes visuels, ni les douleurs fulgurantes, ni le signe de Romberg, rien enfin. M. Charcot affirme donc à M. X... qu'il y a eu erreur de diagnostic, qu'il a une affection spinale spasmodique, sur l'origine de laquelle il ne peut se prononcer, mais que cette affection n'est certainement pas le tabes. Le traitement hydrothérapique est institué et suivi avec une certaine régularité pendant six mois chez M. Keller. Puis le malade rejoint son régiment en province et M. Charcot le perd de vue complètement.

Voilà la première partie de l'observation.

Voici maintenant la seconde, à laquelle on pourrait donner le titre d'un roman justement célèbre : *Quinze ans après*.

Au mois de septembre 1890, M. X... vient de nouveau à Paris pour consulter M. Charcot. Mais M. Charcot étant absent de Paris, il s'adresse à M. Brissaud, chargé, pendant les vacances, du service de clinique à la Salpêtrière. Il lui raconte tout d'abord que M. Charcot l'a soigné en 1875 pour une maladie extraordinaire « n'ayant pas encore de nom dans la science, » mais ne présentant, en tout cas, rien de commun avec l'ataxie. A l'hémiplégie spasmodique, qui constituait alors toute la maladie, se sont ajoutées des manifestations nerveuses diverses, formant un ensemble symptomatique fort complexe. Leur groupement est néanmoins si caractéristique que M. Brissaud engage le malade à se présenter chez M. Charcot un mois plus tard, lui affirmant que cette fois le diagnostic sera formel et que M. Charcot prononcera enfin le nom de la maladie extraordinaire qui n'avait pas encore « de nom dans la science il y a quinze ans. »

Etat du malade examiné par MM. Charcot et Brissaud, en octobre 1890 :

M. X... est atteint d'une hémiplégie gauche spasmodique. La contracture est très prononcée au bras et à la jambe, mais davantage à la jambe. Pendant la marche, l'avant-bras est à demi fléchi, la jambe est raide, se meut tout d'une pièce, oscille de divers côtés et le pied ne s'appuie sur le sol que par son bord externe. Les orteils sont relevés, la face plantaire regarde en dedans. Le tronc est incliné à gauche ; l'intervalle costo-iliaque de ce côté est rétréci ; il existe une légère scoliose lombaire à concavité tournée à gauche. Les réflexes rotulien et olécrânien sont très exagérés. L'épilepsie spinale provoquée persiste indéfiniment; la jambe trépide spontanément, dans certaines positions, surtout dans la position assise, lorsque la pointe du pied appuie sur le sol. Les réflexes plantaires sont exagérés.

Les mouvements du bras et de l'épaule gauche sont très limités. Le membre dans sa totalité — moins la main — est réduit à une impotence presque complète. Mais grâce à la conservation des fonctions du poignet et des doigts, le malade peut encore exécuter certains mouvements, dont il s'acquitte, d'ailleurs, sinon avec adresse, du moins avec beaucoup d'ingéniosité.

Tout le côté droit est parfaitement sain.

Ni à gauche, ni à droite, il n'existe d'atrophie musculaire proprement dite, mais les muscles du côté gauche sont certainement moins développés que ceux du côté droit. On ne constate pas de tremblements fibrillaires.

La sensibilité cutanée est intacte à gauche comme à droite. En revanche, la sensibilité thermique est presque totalement abolie (pour le chaud et pour le froid) sur *toute la moitié gauche du corps, y compris la face, la langue et le pharynx.* Le malade déclare qu'il ne perçoit que les températures très élevées ou très basses. Il porte sur la région lombaire gauche les cicatrices de brûlures étendues produites par un fer chaud appliqué sur cette région à l'occasion de crampes, il y a cinq ou six ans environ. Cette application d'un fer chaud n'a pas produit de douleur vive, tandis que les pointes de feu prescrites, il y a quinze ans, par M. Charcot, provoquaient une douleur véritable.

La sensibilité à la douleur, sans être complètement abolie, ne subsiste qu'à peine. La piqûre, le pincement de la peau ne donnent à peu près que des sensations de contact. Sur quelques points très limités, l'analgésie est complète. Les sensibilités sensorielles sont intactes. Le champ visuel, mesuré par M. le Dr Gosselin (de Caen), n'est rétréci dans aucun sens. Il n'existe d'ailleurs nul trouble visuel, si ce n'est une légère diplopie « lorsque le malade regarde à gauche, derrière lui, en portant fortement la tête à gauche. »

L'analgésie et la thermo-anesthésie datent de 1882. Elles ont donc actuellement huit ans seulement d'existence.

Les cicatrices de brûlures constatées à la région lombaire gauche sont d'un blanc nacré, déprimées par place et saillantes en d'autres points. Elles ont toutes les apparences de formations chéloïdiennes commençantes. Il n'est pas inutile de faire remarquer que ce trouble trophique accidentel occupe une région qui depuis assez longtemps était le siège de crampes plus ou moins intenses, rapportées par le malade à la contracture de muscles profondément situés, vraisemblablement le carré lombaire et le psoas ; or, les cicatrices dont il s'agit correspondent à la sphère de distribution cutanée des

branches lombaires qui président à l'innervation de ces muscles.

Là ne se bornent pas les troubles trophiques.

La main gauche dans son ensemble est beaucoup plus volumineuse que la droite ; elle est large, épaisse, camarde, sans avoir augmenté de longueur; les doigts sont volumineux, comme boursouflés: la peau est plus rugueuse ; les plis de la surface palmaire sont plus profonds; bref l'aspect général rappelle, à s'y méprendre, le type acromégalique si bien décrit par M. Marie.

Toutefois certaines particularités méritent d'être relevées. Les articulations métacarpo-phalangiennes et les articulations des phalanges avec les phalangines sont sensiblement hypertrophiées; les doigts ne sont donc pas uniformément cylindriques. Les petites jointures sont le siège d'un gonflement épiphysaire, survenu progressivement, sans fluxions douloureuses, sans craquements ; on n'observe rien de semblable de l'autre côté. Ces arthropathies multiples, unilatérales, limitées à la main gauche sont donc — il n'est pas besoin d'y insister — d'origine trophique. Il existe, d'ailleurs, en dehors des articulations proprement dites, deux autres régions de la main où l'on remarque un gonflement considérable et permanent des tissus; c'est d'abord au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius, une bosse arrondie, régulière, visible surtout dans l'extension du doigt, et qui paraît être formée soit par un cul-de-sac de la synoviale articulaire, soit par un empâtement de la séreuse du tendon extenseur. En second lieu il existe à la partie interne et supérieure de la première articulation carpo-métacarpienne une large convexité mollasse, pâteuse, nettement limitée, présentant exactement les caractères extérieurs de ce qu'on a appelé la *tumeur dorsale* du carpe.

Enfin deux doigts portent les cicatrices de panaris survenus il y a huit ans environ, l'un au médius, l'autre à l'index, successivement, sans cause connue et sans les phénomènes douloureux ou fébriles des panaris ordinaires. Le panaris de l'index a été relativement grave puisqu'il a entraîné la perte d'une partie de la phalangette.

En résumé, l'état actuel de notre malade diffère singulièrement de ce qu'il était il y a quinze ans. En 1875, tout se bornait à une paraplégie spasmodique du côté gauche, avec faiblesse et tendance à la contracture dans le bras gauche.

Aujourd'hui cet état spasmodique persiste, il s'est même exagéré. Toutefois, loin de rester le phénomène unique d'une maladie spinale indéterminée, il s'est compliqué de symptômes divers, apparaissant les uns après les autres, à de longs intervalles, mais s'installant en permanence, de façon à constituer trente ans après le début de la maladie, un ensemble symptomatique dont la signification ne peut pas être douteuse ; en effet, à l'hémiplégie spasmodique, survenue insidieusement dès l'adolescence, se sont ajoutés les troubles de la sensibilité et les troubles trophiques que nous venons de passer en revue et dont le seul énoncé suffit pour caractériser la syringomyélie. En somme, à part l'absence d'atrophie musculaire, rien ne manque au tableau. Et même, si l'on voulait pousser plus loin le diagnostic topographique de la lésion spinale, rien n'empêcherait d'admettre que la gliomatose, localisée d'abord et pendant très longtemps sur le trajet du faisceau pyramidal du côté gauche, sans toucher à la corne antérieure, s'est étendue ultérieurement dans la direction de la commissure grise. La lésion du faisceau pyramidal a produit la contracture ; l'intégrité de la corne antérieure a préservé la nutrition et le fonctionnement des muscles ; l'envahissement de la substance grise au voisinage du canal épendymaire et à gauche a dissocié la sensibilité et provoqué les troubles trophiques.

Voilà donc un nouvel aspect sous lequel peut se présenter la syringomyélie pendant de longues années : *l'hémiplégie spasmodique pure et simple.*

Il n'est pas à notre connaissance que cette forme clinique ait encore été signalée.

En dehors de ce fait qui se passe de commentaires, l'observation qu'on vient de lire renferme deux particularités sur lesquelles il n'est pas superflu, du moins à l'heure actuelle, d'attirer l'attention.

En premier lieu, nous rappellerons l'analogie singulière que présentait la main gauche de notre malade avec une main d'acromégalique. La ressemblance est si frappante (on en peut juger par la photographie),



Fig. 5.

qu'on serait tout d'abord tenté d'assimiler ce trouble trophique, limité à l'extrémité du membre malade, à une variété de la maladie de Marie. Il s'agirait, en d'autres termes, d'une *acromégalie partielle* (V. *Fig.*5). Ce serait là une erreur et nous ne serions pas les premiers à la commettre.

On a déjà signalé, en effet, dans la syringomyélie, cette hypertrophie totale des extrémités supérieures. Mais, pour beaucoup de raisons, il est inadmissible de songer à l'identifier avec l'acromégalie proprement dite. L'acromégalie est une maladie dont le type est à peu près invariable ; elle se développe, elle évolue toujours de la même façon ; elle ne consiste pas seulement dans l'augmentation de volume de telle ou telle extrémité ; ce qui la caractérise, au contraire, c'est l'hypertrophie de *toutes* les extrémités. D'autre part, elle se complique nécessairement de symptômes généraux qui font totalement défaut dans les prétendues acromégalies partielles. Enfin elle a un substratum anatomique constant, lequel n'a rien de commun avec les lésions syringomyéliques.

Sans doute, on peut objecter que dans l'acromégalie, comme dans la syringomyélie, les localisations symptomatiques sont sujettes à varier ; que le type idéal de la maladie n'est pas réalisé dans tous les cas ; que l'hypertrophie, circonscrite à une seule main par exemple, pourrait, à la rigueur, ne dépendre que du degré de la lésion centrale, etc. A cela il est facile de répondre que rien ne démontre que la lésion du corps pituitaire soit la cause de l'acromégalie ; et ensuite que, si l'on y regarde de près, il sera toujours aisé de reconnaître des différences notables entre l'hypertrophie acromégalique et l'hypertrophie syringomyélique. Pour ne parler que de notre malade, il est certain que l'augmentation de volume de la main n'est pas le trouble trophique fondamental : les doigts sont déformés ; les jointures sont le siège d'arthropathies évidentes ; la phalange de l'auriculaire est subluxée sur le métacarpien correspondant ;

les gaines tendineuses sont épaissies; le poignet lui-même est gonflé et la synoviale des extenseurs est envahie par ce processus de sclérose bien spécial qui répond à ce que l'on désigne en clinique sous le nom de *tumeur dorsale du carpe*. Il n'y a rien de tout cela dans l'acromégalie.

Récemment M. Holschewnikoff a signalé des épaississements nodulaires du tissu conjonctif sur quelques filets nerveux, dans un cas de syringomyélie compliquée d'hypertrophie du membre supérieur. Il est possible que notre malade soit porteur de lésions analogues. En tout cas, l'acromégalie vraie en est exempte, jusqu'à plus ample informé, et l'observation de Holschewnikoff (1), de l'avis de M. Marie, serait simplement un exemple de ces troubles trophiques qui se montrent au cours de certaines maladies de la moelle ou des racines et des nerfs périphériques (2).

Le second point qui mérite encore qu'on s'y arrête est relatif à l'apparition des deux panaris dont le sujet porte les cicatrices indélébiles. Faut-il considérer cette complication comme un incident fortuit ou la rattacher à l'évolution de l'affection spinale?

Les récentes discussions soulevées à la Société médicale des hôpitaux et dans la presse, au sujet de l'identité de la syringomyélie et de la maladie de Morvan, menaçaient de rester stériles, tant que les arguments invoqués de part et d'autres, empruntés exclusivement à l'observation clinique, seraient dépourvus de sanction anatomique.

Il existe évidemment de grandes analogies symptomatiques entre la maladie de Morvan et la syringomyélie. Toute la question est de savoir si les analogies l'emportent sur les différences, et, mieux encore, si les différences sont fondamentales ou si elles ne se réduisent pas à une question de degré; en d'autres termes, si la maladie de Morvan n'est pas une simple variété de la glyomatose médullaire, — variété incomplète si l'on veut, — produite par une localisation spéciale, avec une prépondérance corrélative des troubles trophiques périphériques sur les autres symptômes de la maladie complète.

Dans cette dernière hypothèse, la maladie de Morvan reconnaîtrait, cela va sans dire, pour cause anatomique une glyomatose spinale, identique par sa nature à celle de la syringomyélie, et elle ne différerait de celle-ci que par le siège et l'étendue de la lésion gliomateuse.

Deux observations, suivies d'examen microscopique, publiées il y a quelques mois, l'une par M. Gombault, l'autre par MM. Joffroy et Achard, ont fait faire un grand pas à la question. L'observation de M. Gombault est relative à un bas-breton atteint de maladie de Morvan. Celle de M. Joffroy concerne une femme de la Salpêtrière atteinte de syringomyélie. Or, dans ces deux cas, fort différents en apparence, du moins au seul point de vue clinique, la nécropsie et l'examen histologique du système nerveux ont mis en évidence des altérations d'une similitude indéniable.

Il va sans dire que deux observations sont insuffisantes pour fixer unanimement et définitivement l'opinion; mais il n'en est pas moins vrai que c'est là un début encourageant pour les partisans de la doctrine unitaire. Nous disons doctrine, quoique ce mot soit bien gros pour un si petit sujet, parce qu'il s'applique en général assez bien aux opinions que les faits concrets et positifs ne confirment pas d'une façon péremptoire et indiscutable.

C'est donc à l'anatomie pathologique de prononcer en dernier ressort. Mais la clinique ne doit pas pour cela abdiquer. En admettant même comme démontrée dès aujourd'hui l'identité de nature de la syringomyélie et de la maladie de Morvan, il resterait à envisager, au point de vue nosographique, bien des côtés encore obscurs et dont la connaissance pourrait à son tour éclairer, sous un nouveau jour, les constatations anatomiques. La découverte de la sclérose fasciculée postérieure n'a pas enrayé, tant s'en faut, l'étude clinique de l'ataxie locomotrice. Il en serait de même dans le cas actuel, quoi que l'avenir nous réserve; et si de nouvelles observations confirment la manière de voir nettement affirmée par M. Joffroy, il y aura lieu d'examiner les faits de plus près encore et de chercher, par une analyse plus serrée, à lui donner place, comme on l'a fait pour les cas frustes du tabes, dans le cadre élargi du type clinique fondamental. D'ailleurs si le syndrome de Morvan répond à une forme fruste de syringomyélie, nous savons, à n'en pas douter, que la gliomatose médullaire se traduit quelquefois par des symptômes bien différents de ceux qui permettent le plus souvent de la reconnaître. Le fait qu'on vient de lire en est une preuve, parmi tant d'autres qui ne nous laissent que l'embarras du choix.

(1) *Ein Fall von Syringomyelie und eigenthümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit trophischen Störungen.* (*Arch. f. path. Anat.*, CXIX, p. 18).
(2) Souza-Leite. — *De l'Acromégalie*, p. 301, Paris, 1890.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Conférences d'Internat payantes.

Que les réformes, — les petites comme les grandes, — sont donc difficiles à faire admettre, même dans un milieu compétent, dont le niveau intellectuel ne fait de doute pour personne! En voulez-vous une preuve? On peut la trouver même dans un corps. ., plus ou moins constitué, comme celui de l'Internat des hôpitaux de Paris, qui, jusqu'à aujourd'hui du moins, ne semble pas au-dessous de sa réputation.

Il y a un an, au sortir des salles de garde, un de nos collègues les plus distingués se trouva, sans fortune et sans place suffisamment rétribuée, sur le pavé de Paris. Ancien chef de conférences *gratuites* pour la préparation du concours de l'internat, il tenta d'exiger de ses auditeurs une légère rétribution, leur promettant cette fois de consacrer plus de temps à la nouvelle conférence, *payante*, qu'il organisait. Malgré les critiques acerbes et jalouses de ses collègues, restés conférenciers gratuits comme ci-devant, notre ami eut des élèves qui voulurent bien reconnaître qu'ils étaient ainsi mieux préparés à ce concours malaisé, et qu'en somme ils ne voyaient aucun inconvénient à ce que leur jeune maître leur demanda une minime rétribution pour pouvoir continuer avec fruit ses études et ses recherches.

Cette année, deux autres internes ont voulu imiter cet exemple. Ce sont des jeunes gens d'avenir, à ce qu'il semble, ou du moins c'est leur opinion et celle de leurs amis. Aussi crurent-ils devoir, avant de rompre franchement en visière avec Dame Routine, consulter leurs camarades, leurs collègues et leurs futurs juges. Ces derniers, fièrement drapés dans leur antique toge, ré-

pondirent en chœur : « Jeunes gens, que tentez-vous là ? Vous voulez donc changer toutes nos coutumes ? Et le respect de la tradition ! Vous le savez, on crie partout : Sus à l'internat ! Vous voulez être de ceux qui ne cherchent qu'à lui enlever son prestige et sa force ; qu'à détruire ce qui a fait sa gloire ! Prenez garde ; en haut lieu vous serez sévèrement jugés. Une telle innovation sera certainement appréciée comme elle le mérite par tous vos maîtres dans vos concours ultérieurs. Craignez qu'au concours de la Médaille d'or, du Bureau central, de l'Agrégation, on ne vous jette à la face vos tendances révolutionnaires. »

Hélas ! Ainsi va toujours le monde. On choisit un candidat souvent pour ses tendances — et surtout pour celles qu'il na pas —, plutôt que pour ses mérites. Mais qu'importe ? Tout le monde sait que le concours n'est point parfait. Et le malheur n'est point que les personnes, intéressées au *statu quo* le plus absolu, s'acharnent à arrêter ainsi chez les jeunes toute tendance au progrès, à enchaîner les esprits vraiment indépendants ! Ceux-là se vouent au naufrage plutôt que de reculer devant la tempête. Leur sacrifice est fait !

Mais le malheur, c'est que certains journaux, qui n'ont pourtant rien d'officiel, n'aient pas compris que cette idée, mise en avant par quelques internes de mérite, était réellement, à notre époque et dans un pays démocratique comme le nôtre, une idée de progrès ! Aussi n'est-ce pas sans chagrin que nous lisions, il y a quelques jours, dans le *Journal de médecine de Paris* (1), un article où les internes à l'ancienne mode faisaient exposer leurs doléances et accuser leurs collègues, à l'esprit plus moderne, de « *struggleforlifisme* » éhonté.

Notre confrère est d'avis que ces internes « fin de siècle » glissent sur une pente fort dangereuse et que les futurs candidats à l'internat doivent être fort mécontents. Certes, il en coûtera, à ces derniers, 50 à 60 francs par an pour pouvoir suivre une conférence, sous le régime nouveau. Mais ceux qui se plaignent ne songent pas qu'ils seront ainsi bien mieux préparés, suivis avec plus de soin, « chauffés » avec plus d'attention au moment décisif. Ils ne songent pas non plus qu'ils assurent à leurs jeunes maîtres sans fortune la vie matérielle, puisque les appointements d'un interne sont insuffisants pour l'empêcher de mourir de faim à Paris.

Ils oublient que, reçus internes à leur tour, ils seront bien aises, s'ils ne sont pas riches, s'ils sont travailleurs et aiment leur profession, de pouvoir étudier tranquillement au laboratoire, au lit du malade, sans crainte du lendemain ! Pour 100 francs qu'ils auront dépensé en deux ans de préparation sérieuse (il n'en faut pas plus pour la moyenne des candidats), ils pourront ajouter, à leur modeste indemnité d'interne, 500 à 600 francs par an : qu'ils ne l'oublient pas !

Toute peine, d'ailleurs, mérite salaire, et c'est un métier de dupe, en ces temps où la lutte pour la vie est si dure, de se sacrifier sans rime ni raison. Ceux qui crient tant aujourd'hui seront les premiers à le reconnaître, quand ils voudront bien y réfléchir un instant.

Notre confrère du *Journal de médecine de Paris* dit encore : « Depuis que l'internat existe, il est de règle que les conférences se passent en famille et que les internes, futurs candidats au Bureau central, donnent leur temps et leur peine, sans la moindre idée de lucre, pour préparer leurs camarades plus jeunes, comme eux-mêmes avaient été préparés autrefois !... On ne veut plus travailler pour rien ! » Et il ajoute : « Nous trouvons que c'est là un fait très regrettable, et nous ne pouvons admettre que des jeunes gens, encore étudiants en somme, fassent payer des étudiants pour les mettre en état d'acquérir la position qu'eux-mêmes occupent et ont pu obtenir sans que leur préparation leur coûte rien. »

L'argument nous paraît fort spécieux. Eh quoi ! parce que l'on ne sera qu'étudiant, l'on n'aura pas le droit d'enseigner, en exigeant un salaire ! C'est, décidément, toujours le même défaut qui reparaît chez le Français ! Sans titre officiel, il n'est bon à rien. Pour avoir une valeur quelconque, cotée sur le marché, un étudiant doit être docteur ! Mais, songez donc, cher confrère, qu'un Français a pourtant dit, dans un de ses beaux jours :

La valeur n'attend pas le nombre des années !

Décrétez plutôt que, pour faire des conférences d'internat, il faudra passer un nouveau concours ou posséder son diplôme de doctorat ! Et, d'ailleurs, certains chefs de conférences, qui veulent se faire payer, l'ont déjà, ce titre que vous semblez réclamer.

On objecte encore à cette réforme, pourtant si anodine, que les étudiants sans fortune seront réduits à travailler seuls et que, sans guide, ils seront dans des conditions d'infériorité manifeste. Nous avons dit que tout étudiant peut absolument sacrifier 100 francs pour son instruction ; ce n'est donc point là un argument sérieux. Il se rattache, d'ailleurs, à la question des *cours payants*, que nous avons bien des fois soulevée dans ce journal. Nos lecteurs savent tout le bien que nous en pensons. L'obstacle, le seul obstacle, c'est la Routine, là comme partout. Si l'on s'arrêtait aux considérations de ceux qui font métier d'adorer cette vieille déesse, on ne ferait jamais le moindre pas en avant.

Nous engageons nos collègues à ne pas se laisser influencer par des avis intéressés. Que ceux qui comprennent l'intérêt de cette modification dans nos usages n'hésitent plus ; qu'ils prennent en main l'accomplissement de cette petite réforme : ils la mèneront sûrement à bien. Les étudiants comprendront bientôt, les premiers, qu'il y va de leur intérêt et de leur avenir.

Que ceux qu'on a essayé d'arrêter, en les traitant de « fin de siècle », se consolent et poursuivent sans bruit leur méritante tentative. Le succès viendra couronner leurs efforts. Nous sommes même convaincu qu'un jour on fera un reproche à ceux qui n'auront pas eu le mérite d'affronter le combat, après s'être rendus sur le champ de bataille. Il faut avoir le courage de ses opinions. C'est une loi humaine !

Marcel BAUDOUIN.

(1) 28 décembre 1890, p. 741.

FIÈVRE TYPHOIDE A FLORENCE. — Le *Truth* prétend savoir qu'un médecin vient d'être envoyé à Florence où sévit actuellement la fièvre typhoide ; il va s'y livrer à une enquête sur l'état sanitaire de la ville. Si son rapport est vraiment défavorable, la reine d'Angleterre renoncerait à son projet de voyage en Italie !

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. Ch. RICHET.

M. LAGUESSE a étudié le *réticulum de la rate chez les Mammifères*, et ses recherches lui ont montré qu'il présentait une constitution cellulaire évidente chez l'embryon. Les cellules sont rameuses, présentant des prolongements d'abord granuleux qui deviennent, chez les fœtus âgés, de plus en plus réfringents et homogènes, de façon à constituer le réseau tel qu'on le trouve chez l'adulte. Cette structure du réseau splénique avait été déjà mise en évidence par M. Laguesse chez les Poissons cartilagineux et osseux.

M. STRAUS dépose une note de M. POMMAY, médecin-major, sur la *production du rachitisme expérimental chez les Oiseaux*. C'est en nourrissant les animaux jeunes en expérience avec de la viande privée de sucre par l'ébullition, qu'on observe des courbures prononcées dans les os des membres, des modifications de ceux du crâne, qui rappellent tout à fait celles du rachitisme. L'examen histologique confirme ces données. L'auteur conclut que le rachitisme est dû à une insuffisance de nutrition et que la théorie de Parrat sur l'origine syphilitique de la maladie doit être modifiée dans ce sens.

M. TÉLOHAN.—Sur deux espèces de *Psorospermies nouvelles rencontrées dans les muscles des Poissons*. La première se trouve chez le *Cottus gobio*; elle habite l'intérieur de la fibre primitive et est constituée par de petits tubes remplis de spores. La seconde espèce, rencontrée chez le *Callionginus lyra*, détermine une dégénérescence cireuse de la fibre qu'elle habite. Elles présentent les caractères généraux des Myxosporidées, quoique leur habitat dans les fibres musculaires doive les faire classer dans les sarcos-sporidées.

MM. MAIET et BOSC envoient une note sur *les causes de la toxicité de l'urine normale*. Ils concluent que l'eau que renferme l'urine n'a pas d'influence sur le degré de toxicité de l'urine; que l'urée et les sels de sodium agissent surtout sur la diurèse, et que les sels de potassium sont un des agents de la toxicité.

M. RAPHAEL BLANCHARD montre un *perroquet goutteux* présentant de nombreux tophus sous-cutanés, constitués par de l'acide urique; les plumes étaient entièrement tombées, sur l'animal, de son vivant. Les articulations étaient libres.

MM. CH. RICHET et HÉRICOURT ont cherché un dispositif qui rendit facile les *injections de sérum du sang chez l'homme*. Le sérum est recueilli, avec les précautions convenables, dans des ballons stérilisés et on le divise dans des pipettes de verre fort, soudées à la lampe, mis à l'essai ensuite dans une étuve, pour que l'on s'assure de leur stérilité. Les injections de un à deux centimètres cubes de ce sérum de chien, pratiquées au nombre de soixante-quinze déjà par M. Richet et ses élèves, sont sans inconvénient local; et l'étude de leurs réactions générales, qui est en train de se faire, promet des résultats intéressants.

MM. CADOIT, GILBERT et ROGER ont observé un cas rare de *tuberculose chez le chien*. Il s'agissait d'un chien de berger présentant dans le lobe inférieur du poumon gauche des noyaux caséeux, gros comme une noix, contenant un grand nombre de bacilles dont les réactions histologiques sont semblables à celles de la tuberculose humaine, mais qui sont plus minces et plus longs que ceux de l'homme. De plus, il existait une plaque pleurale de deux à cinq centimètres d'épaisseur, constituée par du lympho-sarcome; il n'existe donc, pas plus chez les animaux que chez l'homme, d'antagonisme entre le cancer et la tuberculose. Al. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. PROUST prend la parole sur la *vaccination obligatoire*. Il est d'avis que l'isolement et la désinfection soient appliqués à tous les contagieux, les varioleux comme les autres, mais que si ces mesures sont indispensables, la vaccination et la revaccination ne sont pas moins utiles. Il cite l'exemple de l'Allemagne, où la mortalité par variole est tombée à 2,23 pour 100,000, tandis qu'en Angleterre, où la vaccination seule, et non la revaccination, est obligatoire, la mortalité est trois fois plus grande. En Autriche, où il n'y a pas d'obligation, elle est 27 fois plus forte. A Paris seulement, il meurt autant de varioleux que dans tout l'empire allemand. Il propose à l'Académie d'adopter les conclusions du Comité consultatif d'Hygiène de France et se terminant par le vœu qu'une loi rende obligatoires en France la vaccination et la revaccination.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense que si, comme le croit M. Le Fort, l'argument le plus fort contre l'obligation de la vaccination c'est qu'elle ne peut être acceptée dans un pays libéral comme le nôtre, l'isolement d'un malade présente bien d'autres inconvénients. Il suppose d'abord la déclaration de maladie, c'est-à-dire une violation du secret médical. A l'isolement, il faut ajouter l'internement, et cela jusqu'à guérison complète. De plus, l'accumulation de contagieux dans un même point peut provoquer des réclamations de la part des pays au milieu desquels on installerait ces foyers. La vaccination et la revaccination obligatoires présentent bien moins d'inconvénients. La désinfection elle-même exige des mesures vexatoires, telles par exemple que la création de médecins-inspecteurs, chargés de surveiller l'exécution.

Il croit cependant que la désinfection et l'isolement, appliqués aux maladies infectieuses, doivent faire l'objet d'une loi de police sanitaire. Mais, avant tout, il faut édicter l'obligation de la vaccination, malgré les résistances qu'elle peut soulever.

M. DUPLAY fait un rapport sur un travail de M. Terrillon ayant pour sujet : *Ablation d'un morceau de foie au moyen de la ligature élastique*. Il n'y a guère que dix cas où l'opération ait été faite pour une hernie du foie consécutive à une plaie de l'hypochondre. La plupart des opérés ont guéri. Les exemples de résection du foie dans le but d'extirper une tumeur sont beaucoup plus rares; plusieurs ont été suivis d'hémorrhagie mortelle, même après l'application d'une ligature.

M. Terrillon a imaginé d'employer le tube élastique, procédé qui, en assurant l'hémostase, convient aussi bien dans les cas de tumeur pédiculée que dans les cas de tumeur sessile.

M. KIRMISSON présente un malade atteint d'un *double pied plat valgus douloureux traité par l'opération d'Ogston*. Le résultat a été très bon, mais il importe, à la suite de ces opérations, de maintenir longtemps l'immobilisation. P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 16 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. E. LABBÉ.

M. CHANTEMESSE, à propos de la lecture du procès-verbal, dit qu'il a rencontré l'*anesthésie dans le cours de paralysies faciales non hystériques*. L'existence de ce symptôme n'est donc pas un gage certain de la nature hystérique de l'affection.

La Société se forme en comité secret. L.-R. REGNIER.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro des *Annales de médecine scientifique et pratique*, dont nous ne connaissons que les secrétaires de rédaction : MM. G. Lyon et P. Tissier. Ce nouveau journal paraitra le mercredi matin. Son programme différera, dit le rédacteur en chef, de celui des autres journaux ; mais le premier numéro que nous avons sous les yeux nous semble analogue à la foule innombrable des autres journaux médicaux parisiens. Nous n'en souhaitons pas moins bon succès à nos nouveaux confrères. La médecine est si vaste !

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 janvier 1891. — Présidence de M. Horteloup.

M. Reynier fait un rapport sur une communication de M. Schmidt ayant trait à une *gangrène d'un membre inférieur consécutive à un érysipèle de la face.* Il s'agit d'un jeune soldat qui, atteint d'un érysipèle de la face, présenta quelques jours après de la diarrhée, puis un adeno-phlegmon sous-maxillaire, enfin des douleurs dans une jambe. Bientôt les battements artériels cessèrent du côté douloureux ; des phyctènes apparurent, des marbrures se dessinèrent sous la peau, et, au bout de quelques jours, la gangrène était manifeste. Le sillon de séparation ne tarda pas à se montrer, et M. Schmidt dut songer à débarrasser cet homme de son membre gangréné. Il fit une opération mal réglée, quelque chose comme une opération de Larrey, mais obtint des lambeaux suffisants et un moignon de jambe parfaitement utilisable. Sur la pièce, on constata que la poplitée était oblitérée. Malgré l'opération, ce jeune soldat eut encore d'autres accidents infectieux (bronchopneumonie, pleurésie purulente et vomique, etc.) ; mais, après 4 mois de lit, il se rétablit. Actuellement son moignon de jambe est régulier, non douloureux; le tibia a été sectionné à 6 centimètres du genou. M. Schmidt se félicite de n'avoir pas fait une amputation réglée et M. Reynier est de son avis. M. Reynier cite à ce propos un cas de gangrène du pied pour lequel il fit une amputation à l'aide de la bande d'Esmarch. Les lambeaux se gangrénèrent ; il est convaincu qu'il aurait mieux valu se passer de cette bande.

M. Reclus. — Dans les cas de gangrène, il vaut mieux ne pas faire d'opération réglée et se borner à scier l'os, après avoir détaché à la rugine les parties mortes. Toutefois, il faut bien savoir qu'aujourd'hui on peut opérer dans des conditions inconnues jadis. Il rapproche des gangrènes, analogues à celle observée par M. Schmidt, celles qui succèdent aux grands traumatismes. Dans ces cas là, il conseille d'embaumer le membre atteint et de n'y pas toucher de suite : il faut attendre l'élimination des parties gangrénées. Cet embaumement consiste dans un nettoyage, aussi complet que possible, des parties imprégnées de terre, dans leur lavage prolongé avec de l'eau chaude pour réchauffer le blessé, et enfin dans un pansement antiseptique, en faisant en sorte qu'il y ait des réserves de substances antiseptiques dans les anfractuosités. On ne fait le second pansement que longtemps après le traumatisme, quand le premier semble souillé. De cette façon, on obtient des guérisons chez des blessés qui n'auraient pas supporté une amputation. Dans les gangrènes non traumatiques, M. Reclus conseille d'embaumer pareillement le membre atteint.

M. Quénu. — M. Reclus a tort de confondre les gangrènes, suites de grands traumatismes, avec les gangrènes infectieuses ou mécaniques. Dans certains cas, il n'y a pas d'infection ; dans d'autres, il y a putréfaction à la suite d'infection. Certes, il est bon, dans les gangrènes sèches, non infectieuses, d'attendre l'apparition du sillon de séparation. Mais, dans les gangrènes humides, dans ces cas où l'infection générale est manifeste, il faut enlever au plus vite le membre, source de l'infection. Il cite un cas où une amputation précoce lui a donné un très beau résultat. En somme, il tient à ce qu'on distingue bien dès maintenant : 1° les gangrènes traumatiques; 2° les gangrènes avec infection ; 3° les gangrènes sans putréfaction.

M. Routier cite deux cas d'amputation pour gangrène.

M. Reclus.— Dans les cas de gangrène humide, il a obtenu de beaux résultats de l'amputation au thermocautère. Il est d'avis d'amputer dans les cas de gangrène foudroyante ; mais quand la gangrène a de la tendance à se limiter, il attend.

M. Berger a été élevé dans la crainte des gangrènes spontanées. Jusqu'à ces dernières années, il n'obtenait que de piteux résultats quand il amputait. Mais, depuis quelque temps, il a de meilleurs résultats. Pour les formes limitées, si la gangrène est humide, il est de l'avis de M. Reclus ; il faut attendre et embaumer le membre. Pour les formes sèches, il faut souvent opérer. Il cite à ce propos une remarquable observation de gangrène sèche, d'origine centrale, guérie par des amputations successives.

M. Lucas-Championnière. — On ne peut pas poser des règles générales en ce qui concerne les amputations dans les gangrènes. Tout dépend des cas. Il y a des Gangrénés et non des gangrènes. Dans certains cas, on peut opérer de bonne heure, rarement il est vrai (certaines formes sèches, etc.); mais il faut toujours tenir compte du malade autant que de sa lésion. Il est assez d'avis d'attendre après les grands traumatismes ; mais il avoue qu'il ne croit pas à la possibilité d'établir aujourd'hui des lois générales guidant l'intervention. En tous cas, à l'heure présente, il ne faut avoir ni respect ni terreur en ce qui concerne les gangrènes.

M. Bazy cite un cas de gangrène septique où il a attendu avant d'opérer : il s'en est bien trouvé. Il rapporte une autre observation de gangrène par embolie non septique (cultures faites et restées négatives) où il a amputé de bonne heure avec un bon résultat.

M. Quénu constate qu'on mélange de plus en plus des questions, connexes il est vrai, mais qui devraient, dès aujourd'hui, être traitées séparément. D'autre part, il faut distinguer les diverses infections. Il n'a jamais voulu parler des gangrènes foudroyantes.

M. Verneuil a préconisé depuis bien longtemps les amputations en pleine gangrène au thermocautère. Il faut tenir compte de l'âge, des maladies antérieures (diabète, alcoolisme). Après 60 ans, rarement une amputation guérit dans d'aussi mauvaises conditions.

M. Picqué montre un malade atteint de *fracture de la rotule traitée par la suture osseuse.* Le résultat est superbe.

Elections. — Sont nommés membres *correspondants étrangers* de la Société de Chirurgie : MM. Mac Ewen (de Glasgow) ; De Mooy (médecin principal de l'armée des Pays-Bas) ; Alexander Jamieson (de Shanghaï) ; Romniceanu (doyen de la Faculté de Bucarest) ; Kummer (privat-docent de la Faculté de Genève) ; et membres *correspondants nationaux* : MM. Claudot, directeur du service de Santé du 4e corps d'armée (Le Mans) ; Moty, agrégé au Val-de-Grâce ; Fontan, professeur à l'Ecole de Toulon, Chénieux; professeur à l'Ecole de Limoges; Poisson, professeur suppléant à l'Ecole de Nantes; Pousson, agrégé à la Faculté de Bordeaux. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 15 janvier 1891. — Présidence de M. Le Blanc.

Sur le traitement de la tuberculose par la lymphe de Koch.

M. Jasiewich communique une note sur les réactions éprouvées, sous l'influence des injections de la lymphe de Koch, par les personnes saines ou soupçonnées de tuberculose pulmonaire, d'après les expériences des professeurs Korczynski et Adamkiewicz, de la Faculté de médecine de Cracovie, et desquelles il résulte que des personnes *saines* ont éprouvé les manifestations spéciales dues aux inoculations, tandis que des sujets, soupçonnés atteints de tuberculose pulmonaire, réagissant sous l'influence de doses minimes (2 à 4 milligram.), n'ont éprouvé aucune réaction sous l'influence de fortes doses (20 à 30 ou 40 milligrammes). Les savants polonais ne reconnaissent donc pas, d'après leurs observations, à la lymphe de Koch toute la valeur thérapeutique et toute l'importance diagnostique qu'on s'était empressé de lui attribuer.

Du Rétinol et de son application comme dissolvant de substances actives.

M. Vigier présente des préparations de rétinol phosphoré, salolé, créosoté à l'état liquide et en capsules. Il insiste tout particulièrement sur son emploi comme dissolvant du phosphore. Il est très difficile d'incorporer le phosphore à un excipient quelconque. Le rétinol, au contraire, se prête très bien comme véhicule du phosphore; le rétinol étant inoxydable, la solution reste inaltérable. Ainsi, un morceau de phosphore enflammé, plongé dans du rétinol, s'éteint instantanément. — On pourra utiliser les préparations de phosphore dans le rétinol dans le cas de rachitisme, scrofule, anémie, chlorose, paralysie musculaire, ataxie locomotrice, etc. — Parmi les substances que le rétinol pourra dissoudre, on citera également le salol, l'iodol, le naphtol, l'aristol, le camphre, la cocaïne, la codéine, la strychnine.

Propriété galactogène du Galéga.

M. Carron de la Carrière lit un travail sur ce sujet. Il résume ses observations en disant que le galéga a eu une influence utile chez des nourrices dont le lait était diminué. Le galéga, donné sous forme d'extrait aqueux à la dose de 2 à 4 grammes chaque jour, a amené au bout de quelques jours une notable augmentation dans la sécrétion lactée. Cette sécrétion plus active n'a pas seulement porté sur la partie acqueuse, mais aussi sur les globules, ainsi que l'analyse directe et la pesée de l'enfant l'ont démontré.

M. Boisseau du Rocher. — *Sur la franklinisation interne dans la neurasthénie.* — La franklinisation interne employée contre la dilatation de l'estomac sert d'abord de désinfectant, en second lieu excite les sécrétions, soit directement, soit par voie réflexe, enfin et surtout fait pénétrer au sein même des tissus l'influx électrique, de façon à maintenir ceux-ci à leur limite de charge, sous une tension électrique constante, seul moyen de rétablir l'équilibre du système nerveux et d'agir efficacement contre la neurasthénie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du lundi 12 janvier 1891. — Présidence de M. Demange.

M. Vibert lit une communication sur *la valeur médico-légale du Gonococcus.* Il a entrepris avec M. Bordas une série de recherches sur l'écoulement de la vulvite des six petites filles qui avaient été l'objet de tentative de viol de la part d'individus qui ne présentaient pas le moindre écoulement blennorrhagique. Et, cependant, dans l'écoulement vulvaire des enfants atteintes, il a pu constater la présence des gonocoques qui ne différaient en rien, ni par leurs réactions, ni par leur morphologie, des gonocoques ordinaires. Aussi, M. Vibert pense-t-il, qu'actuellement, la présence de gonocoques dans le pus ne permet pas d'affirmer la nature blennorrhagique de l'écoulement suspect.

M. Ogier communique un cas d'*empoisonnement par le chlorure de baryum,* intoxication mortelle par imprudence, le malade ayant pris ce sel pour du sulfate de magnésie. Le sujet en a pris près de 25 grammes. Par l'analyse chimique de différents viscères et de leur contenu, on n'a pu retrouver que 0 gr. 50 centigrammes de chlorure de baryum et une très faible quantité de sulfate de baryte; une grande partie du poison a été rejetée par les vomissements. Ce fait, très intéressant par la rareté du cas, présente encore un autre intérêt, en ce qu'il prouve que la quantité d'une substance toxique n'est pas toujours en rapport avec celle que l'autopsie et l'analysie chimique permettent de retrouver. J. Roubinovitch.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — La composition du remède de Koch.

Koch a enfin exposé la nature de sa lymphe, et les journaux politiques ont déjà publié *in extenso* la communication du professeur berlinois. Avant d'en faire l'analyse, nous ferons remarquer, et le fait n'a d'ailleurs échappé à personne, l'*absence voulue de précision dans la révélation du fameux secret.* Koch ne dit pas tout et ne veut pas tout dire. Lors de sa première communication on avait supposé que la lymphe pourrait bien être constituée par une solution des produits de culture de tuberculose ; cependant la difficulté qu'on rencontre à faire cultiver en grande abondance le bacille de Koch donnait peu de vraisemblance à cette hypothèse. Il y a donc là aussi un point qui n'est pas encore éclairci, et il paraît certain que Koch n'a pas voulu exposer d'une manière exacte et complète les procédés qu'il emploie pour obtenir des cultures de bacille de la tuberculose en aussi grande quantité.

Suite des communications sur le traitement de la tuberculose, par le Pr R. Koch. (*Deuts. med. Wochens.*, 15 janvier 1891.)

Depuis sa communication du mois de novembre, les résultats annoncés ont été confirmés par les différentes communications et par les lettres personnelles adressées à Koch. On s'entend à reconnaître que l'action spécifique de la lymphe sur les tissus tuberculeux en fait un réactif très délicat pour le diagnostic des tuberculoses douteuses. Au point de vue de son action thérapeutique, on a constaté, malgré la courte durée du traitement, une amélioration marquée chez de nombreux malades; dans quelques cas même, a-t-on dit, la guérison a été complète. Koch a pu suivre, depuis un mois et demi, 150 tuberculeux traités à l'Hôpital Moabit, et il a pu se convaincre qu'il n'y avait aucune modification à apporter dans ses communications antérieures.

Maintenant qu'on a prouvé l'exactitude de ses affirmations et l'importance de sa méthode, il faut en étudier les indications ; il faut aussi savoir quels sont les principes qui ont guidé dans la découverte de ce remède, de manière à pouvoir les appliquer à d'autres maladies. Pour cela il est nécessaire de connaître la constitution de la lymphe.

Le fait qui a mis Koch sur la voie de sa découverte est le suivant: Lorsqu'on fait à un cobaye une inoculation sous-cutanée de culture pure de tuberculose, on voit, — et c'est la règle, — la plaie d'inoculation se refermer les premiers jours, et ce n'est que du 10e au 14e jour que survient un nodule dur qui s'ulcère et reste ulcéré jusqu'à la mort de l'animal.

Lorsque, au contraire, on inocule de la même manière un cobaye tuberculeux (le mieux est de prendre un animal auquel on a inoculé la tuberculose 4 à 6 semaines auparavant), on voit de même la plaie se refermer et il ne se produit pas de nodule tuberculeux. Dès le premier ou le second jour, on observe des phénomènes particuliers au niveau de la plaie. Celle-ci s'indure, prend une coloration foncée qui s'étend au pourtour de la plaie dans un rayon de 0,5 à 1 cm. Les jours suivants, on constate de plus en plus nettement que la peau se nécrose ; la région mortifiée s'élimine bientôt et il ne reste qu'une ulcération plane qui dans la règle se cicatrise rapidement et complètement, sans que les ganglions lymphatiques voisins soient atteints. Les bacilles tuberculeux agissent donc d'une manière toute différente sur la peau d'un cobaye sain ou au contraire tuberculeux. Cette action étonnante s'observe non seulement avec les bacilles vivants, mais aussi avec les cultures dont les bacilles ont été détruits. Lorsqu'on injecte une culture semblable, broyée et émulsionnée dans l'eau, à un cobaye sain, il ne se produit aucun autre phénomène qu'une suppuration locale ; c'est d'ailleurs le meilleur procédé pour déterminer une suppuration sans bactéries vivantes. Par contre, les cobayes tuberculeux sont tués par l'injection de petites doses de ces cultures émulsionnées. Mais une dose qui n'est pas suffisante pour tuer l'animal peut déterminer une nécrose étendue de la peau, au voisinage de l'injection. Enfin, lorsqu'on fait une émulsion très étendue, les animaux restent en vie, et lorsqu'on répète les injections tous les 2 ou 3 jours, on constate bientôt une amélioration progressive ; les ganglions diminuent de volume, la petite plaie, au point d'inoculation, se cicatrise et le processus pathologique s'arrête lorsqu'il n'est pas déjà trop avancé.

Il est évident que ce qui, dans ces expériences, joue une action curative sur le processus tuberculeux, doit être une substance soluble, résorbée par les tissus entourant le bacille et diffusant assez rapidement dans le courant circulatoire, tandis que ce qui détermine la formation du pus reste dans les bacilles ou du moins ne se dissout que difficilement. Après bien des tâtonnements, Koch a réussi à extraire la substance active au moyen d'une solution de glycérine de 40 à 50 0/0 :

« *La lymphe est donc un extrait des cultures pures de tuberculose par la glycérine.* »

L'extrait renferme donc, à côté de la substance active, tous les composés solubles dans la solution de glycérine ; c'est pour cela qu'on y trouve une certaine quantité de sels minéraux, de substances colorantes et d'autres substances extractives de composition inconnue.

La substance active est insoluble dans l'alcool absolu et peut être précipitée par celui-ci à l'état impur à côté d'autres substances extractives. Ce précipité, qui constitue un corps incolore, présente les mêmes propriétés que la lymphe, mais il est beaucoup plus actif et, pour la pratique, son emploi ne présente

pas d'avantages sur celui de l'extrait glycériné. Quant à sa constitution, la substance active paraît être un dérivé des albuminoïdes, mais elle ne rentre pas dans le groupe des toxalbumines; elle diffère de ces corps par sa résistance aux températures élevées et par son pouvoir osmotique. Elle se trouve en quantité infinitésimale dans la solution glycérinée.

Koch explique l'action de son remède par l'hypothèse suivante : Les bacilles de la tuberculose produisent, dans les tissus comme dans les cultures, certaines substances qui agissent sur les cellules environnantes d'une manière variable, mais toujours nuisible. Parmi ces substanecs, l'une d'elles, lorsqu'elle atteint un certain degré de concentration, tue le protoplasma cellulaire et produit ce que Weigert a désigné sous le nom de nécrose de coagulation. Dans ce tissu de nécrose, le bacille ne trouve plus les éléments de sa nutrition, il ne peut plus se développer et finit par être détruit. On peut s'expliquer ainsi le fait que, dans la rate ou le foie caséifiés d'un cobaye atteint de tuberculose ancienne, on ne trouve presque pas de bacilles, alors qu'ils existent en très grande abondance lorsque ces lésions sont au début. Mais le bacille ne peut plus produire de nécrose de coagulation à une certaine distance et dès que la caséification a atteint une certaine étendue, la croissance du bacille diminue, et avec elle la production de la substance qui provoque la nécrose. Il en résulte une sorte de balancement qui fait que, dans le lupus, par exemple, le développement des rares bacilles est si limité. Dans ces cas, la nécrose de coagulation ne peut pas dépasser une partie de la cullule; celle-ci prend alors, dans son évolution ultérieure, la forme caractéristique de la cellule géante.

On pouvait donc supposer qu'en augmentant artificiellement la nécrose des tissus à l'entour du bacille. on rendrait les conditions de développement de ce bacille moins favorables puis, les masses caséeuses, en s'éliminant, entraîneraient le bacille. C'est ainsi que paraît agir la lymphe. Elle contient une certaine quantité de substance aetive qui, à dose minime, suffit chez les tuberculeux à déterminer une nécrose des tissus déjà imprégnés par la même substance aux points où les bacilles se développent. Telle est l'explieation que l'on peut donner, éventuellement, de l'aetion spécifique de la lymphe.

II. — Le remède de Koch dans la tuberculose cornéenne.

Parmi les nombreux mémoires relatifs au traitement de la tuberculose par la méthode de Koch, nous ne signalerons que le fait suivant qui nous paraît d'un intérêt spécial :

Ulcération tuberculeuse de la cornée de l'œil droit. Guérison après 6 injections; par M. le Dr Schwann (de Godesberg).

Il s'agit d'un enfant de neuf ans, issu de parents tuberculeux, qui présentait une ulcération au niveau du thorax et une affection cornéenne de date ancienne. On constatait, en outre, une légère submatité au niveau du sommet gauche; la respiration était vide aux deux sommets. L'examen microscopique du pus de l'ulcération cutanée fit constater la présence de nombreux bacilles de la tuberculose. L'ulcère cornéen, qui présentait les dimensions d'une lentille, avait une coloration grisâtre, des bords irréguliers. Il était entouré par une zone inflammatoire avec dilatation des vaisseaux. La conjonctive était injectée et sécrétait un liquide muco-purulent; la photophobie était très marquée. On crut à une kératite scrofuleuse et le pus de l'ulcération cornéenne ne fut pas examiné. A la suite des injections de la lymphe de Koch, la température centrale s'éleva de quelques dixièmes de degré; par contre, on observa une réaction locale très nette au niveau de l'ulcération thoracique et de l'ulcère cornéen. L'injection conjonctivale et cornéenne augmenta, la photophobie devient plus intense, la sécrétion fut plus abondante. A la troisième injection, l'injection, la sécrétion, la photophobie diminuent, l'enfant entr'ouvre les paupières. Les nouvelles injections déterminent une recrudescence de tous ces phénomènes, mais en même temps le fond de l'ulcère se déterge, les bords deviennent plus nets; l'affection est en voie d'amélioration et, dix jours après le début du traitement, la cornée avait repris toute sa transparence, sans qu'il persiste la moindre trace de l'ulcération. L'injection conjonctivale, qui existait encore, diminua progressivement et en trois semaines l'affection oculaire avait complètement disparu. Quant à l'ulcération cutanée, elle est en voie de guérison (*Deutsche med. Wochens.*, 15 janv. 1891).

Il est regrettable que l'examen microscopique du pus de l'ulcère cornéen n'ait pas été fait, et il est permis de se demander s'il s'agissait vraiment d'une ulcération tuberculeuse, d'autant plus que cette lésion est exceptionnelle. Il serait néanmoins intéressant d'étudier les effets de la lymphe dans des cas analogues, l'examen direct de la cornée ne laisserait pas persister de doutes au sujet de la guérison ou de l'état stationnaire d'une lésion tuberculeuse de cet organe. Morax.

REVUE DE DERMATOLOGIE & DE SYPHILIGRAPHIE

I. Carrère. — **Traitement de la teigne tondante**; thèse de doctorat, 1890.— Steinheil, éditeur.

II. Forné. — **Contagiosité de la lèpre.** — Doin, éditeur, 1890.

III. Laporte. — **Syphilis de la clavicule**; thèse de doctorat, Paris, 1890.— Jouve, éditeur.

IV. Dieci. — **Syphilis héréditaire tardive.** — Modène, 1890.

V. Levrier. — **L'eczéma des ongles**; thèse de doctorat. — Bordeaux, 1890.

VI. Carmichael. — **L'éléphantiasis des Arabes**; thèse. — Jouve, éditeur, 1890.

I. — Intéressant travail dans lequel l'auteur montre parfaitement l'état de la question du traitement de la tricophytie du cuir chevelu. Elève de M. Quinquaud, il indique les médications proposées par les différents médecins de l'hôpital Saint-Louis, et il expose le traitement mis en pratique par son maître, depuis deux ans, dans son service des teigneux. Il donne ensuite des renseignements intéressants sur l'école des teigneux créée à l'hôpital Saint-Louis, et il montre comment le traitement de M. Quinquaud, appliqué à ces enfants, a déjà donné les résultats les plus encourageants. Le principe de ce taitement est, on le sait, l'occlusion et l'emploi des parasiticides. Par ce système, sur le *modus faciendi* duquel nous ne pouvons insister ici, la durée du traitement de la teigne tondante a été abaissée à trois mois. L'auteur insiste sur ce fait que le traitement, pour être efficace et rapide, ne doit subir aucun arrêt. Une interruption dans les soins, même de quelques jours, fait perdre le bénéfice des soins antérieurs et retarde la guérison. Pour citer quelques chiffres, disons qu'en 1889, sur 139 admissions, il y a eu 124 guérisons, et dans le premier semestre de 1890, sur 72 admissions, il y a eu 67 guérisons. L'auteur termine son mémoire par un essai de prophylaxie de la teigne tondante et demande, vœu auquel nous nous associons entièrement, que l'on crée, dans quelques arrondissements de Paris, des écoles analogues à celle qui existe à l'hôpital Saint-Louis pour les jeunes teigneux, auxquels elles rendraient de véritables services.

II. — On est encore divisé sur la question de la contagiosité de la lèpre, bien que l'accord soit près de se faire. Un grand argument des non contagionnistes est qu'on peut prendre pour des faits de contagion des faits de lèpre héréditaire tardive. Il faut donc choisir les exemples parmi des individus à l'abri de cette cause d'erreur. L'auteur, chef du service de santé à la Nouvelle-Calédonie, a pu observer cette contagion de la lèpre sur des Européens déportés. Il fait l'histoire de la lèpre à la Nouvelle-Calédonie et donne les observations des premiers déportés atteints de la lèpre dans notre colonie. Le premier malade qui a contracté la lèpre, après avoir été en contact avec les indigènes lépreux, est le déporté Louis. Il est resté indemne tant qu'il a été au bagne, puis il est libéré : il vit au milieu de populations lépreuses, et cela pendant quatre ans. Six années après sa libération, il est atteint de la lèpre à l'âge de quarante-deux ans. L'auteur relate ensuite trois autres cas de lèpre contractée dans l'île par des condamnés européens en cours de peine et deux autres cas chez des libérés. Il y aurait donc à l'heure actuelle au moins six Européens qui auraient con-

tracté la lèpre par suite de leurs rapports avec les populations Canaques. Jusqu'ici, les Européens libres, exempts de tare héréditaire, sont restés indemnes de la lèpre. M. Forné rapporte encore quelques cas de contagion chez les indigènes et il examine la question de savoir si la lèpre est transmisssible aux animaux. Il croit avoir vu, pour sa part, un chien atteint de la lèpre : ce chien avait l'habitude de lécher les ulcères des lépreux ; malheureusement, l'examen bacillaire ne fut pas fait. On trouvera dans ce travail des matériaux très complets sur la contagiosité de la lèpre : les faits rapportés par l'auteur suffiraient pour entraîner la conviction des plus prévenus ; on y trouvera aussi un bon résumé des travaux antérieurs d'expérimentation.

III. — Les clavicules, surtout la gauche, en raison de leur situation immédiatement sous-cutanée qui les expose sans défense aux violences extérieures, sont fréquemment frappées par la syphilis. En dehors des lésions banales, exostoses, gommes, nécrose, il faut signaler les fractures, qui se distinguent des ruptures traumatiques ou musculaires par des caractères spéciaux, dont la cause est l'intégrité du périoste. Il s'ensuit qu'on ne rencontre pas les signes habituels des fractures : le déplacement est nul, mais la tuméfaction, au foyer de la fracture, est considérable. Le pronostic est bénin si le traitement spécifique intervient à temps.

IV. — L'auteur rapporte deux cas de syphilis héréditaire concernant deux enfants, l'un de trois et l'autre de six ans. Dans le premier cas, le père étant mort, les renseignements firent défaut, mais dans le second ils furent positifs. Les lésions permirent d'ailleurs de faire le diagnostic. Cachexie, gommes, douleurs articulaires, dents cariées et friables, tels étaient les principaux accidents, qui cédèrent au traitement spécifique chez le premier malade. Chez le second, il existait un gonflement du genou droit, de l'anémie, des altérations dentaires, de la céphalée, de l'anorexie, etc. La mère avait été contaminée par son mari pendant sa grossesse. Guérison par le traitement antisyphilitique.

V. — L'eczéma des ongles a été séparé du groupe assez confus des onychomycoses depuis une vingtaine d'années. La clinique et le microscope permettent en effet de différencier ces affections. Jamais on ne trouve de parasites; la lésion commence par la racine de l'ongle qui se tuméfie, tandis que dans les onychomycoses, la lésion débute par les bords de l'ongle la racine restant indemne. Avec la tuméfaction se montre de la rougeur accompagnée de douleur. Le mal se propage de haut en bas : d'abord apparaissent des taches blanches sous l'ongle lui-même. Sur celui-ci apparaissent bientôt des éminences mamillaires qui desquament à leur sommet en creusant de petits puits; l'aspect piqueté en résulte. Surviennent enfin des cannelures, des sillons; l'ongle devient sec, cassant, et s'exfolie par ses parties libres. La durée est très longue, le traitement souvent inefficace. L'auteur conseille d'associer les médications générales au traitement local; qui portera surtout sur la matrice de l'ongle.

VI, — Affection locale caractérisée par l'épaississement et l'altération hypertrophique de la peau et des régions profondes. L'impaludisme, la syphilis et les causes irritatives sont les seules notions étiologiques démontrées. La filaire ne paraît pas agir comme cause déterminante. Les membres inférieurs sont le plus souvent atteints : la lésion se limite généralement à un seul membre et d'ordinaire à la jambe. Les organes génitaux externes sont parfois atteints. On a noté des troubles de la sensibilité. L'éléphantiasis des régions tropicales diffère de l'éléphantiasis des régions tempérées. Ce sont deux espèces distinctes. Le changement d'air, dans les régions tempérées, et la compression, sont les meilleurs modes de traitement.

Paul RAYMOND.

ECOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT. — Par décision ministérielle M. TRASBOT, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, est nommé directeur de cette Ecole, en remplacement de M. Nocard, membre de l'Académie de médecine et titulaire de la chaire de police sanitaire et des épidémies, relevé de ces fonctions sur sa demande et pour raisons de santé.

CORRESPONDANCE

De la Cystoscopie.

Monsieur le Rédacteur,

Un travail sur la Cystoscopie, paru dans le numéro du 10 janvier du *Progrès Médical*, sous la signature du Dr Malherbe, fait quelques erreurs qu'il est important de ne pas laisser s'accréditer, et que je vous serais reconnaissant de vouloir bien me permettre de rectifier. Dans le court historique de la question endoscopique que j'ai donné dans *les Annales des maladies des organes génito-urinaires*, j'ai dû me borner à indiquer les étapes principales qu'avait parcourue la cystoscopie avant d'arriver aux instruments actuels. Or trois méthodes ont été proposées pour l'examen optique des organes internes : l'éclairage externe, l'éclairage interne avec système optique pour augmenter le champ, la diaphanoscopie. L'éclairage externe représenté par Désormaux ; l'éclairage interne avec système optique représenté par les tentatives infructueuses de Nélaton ; la diaphanoscopie représentée par celles de Miot et de Fonssagrives. L'appareil de Désormaux étant le premier qui eût présenté un intérêt réel, c'est lui que j'ai cité de préférence. Les tentatives de Nélaton étant les premières qui aient été faites pour l'éclairage interne, ce sont celles-là qu'on devait citer en premier lieu. Bozzini ne s'est jamais occupé, que je sache, que d'éclairage externe. Enfin Brück, étant un dentiste de Breslau qui n'a jamais pensé à rendre *translucides* autre chose que les dents, je crois qu'il faut continuer à croire que Miot et Fonssagrives sont les premiers qui aient pensé à rendre le corps *transparent* pour voir les cavités internes telles que la vessie, etc. J'ai d'ailleurs entre les mains la brochure de Brück.

M. le Dr Malherbe prétend que Nitze avait dans son premier cystoscope la partie optique mobile faisant saillie dans la vessie. Je sais, en effet, que M. Nitze le dit aujourd'hui, et dit aussi y avoir renoncé ; c'est ce qui a pu tromper M. Malherbe. Ce qui est certain, c'est que M. Nitze n'a jamais signalé nulle part cette disposition avant cette année. Il est très possible qu'il en ait eu l'idée, mais jamais personne, pas plus M. Nitze que qui que ce soit, ne pourra avoir la pensée de revendiquer une disposition qui n'a jamais vu le jour.

Enfin M. Malherbe me fait dire que mon système optique *est construit d'après le principe du microscope composé* ; et il a l'air de me reprocher de n'en pas donner le détail. Le système optique n'a jamais ressemblé en quoi que ce soit à un microscope composé. J'ai toujours dit qu'il était construit sur des données entièrement nouvelles, non seulement en endoscopie, mais même en optique; *il ne ressemble à aucun système optique connu*. Enfin j'en ai donné la description détaillée à l'Académie des sciences en 1885, et une communication a été publiée en entier dans les *Bulletins de l'Académie*, et rééditée d'ailleurs par un grand nombre de revues scientifiques avec planche à l'appui. Je laisse la spécialité des formules secrètes aux Allemands.

Ces réserves faites, je remercie beaucoup M. Malherbe de son travail, et vous prie d'agréer, M. le Rédacteur, avec tous mes remerciements, l'assurance de mes sentiments très distingués.

Dr BOISSEAU DU ROCHER.

Dans la lettre qu'on vient de lire, M. le Dr Boisseau du Rocher me remercie de l'article que j'ai consacré à son mégaloscope, dans le numéro du *Progrès médical* du 10 janvier. Avant de m'adresser ces remerciements, que j'accepte bien volontiers, M. Boisseau du Rocher relève quelques erreurs que j'aurais commises et qu'il est important, dit-il, de ne pas laisser s'accréditer. Je n'ai certes pas la prétention d'être infaillible ; mais comme, d'après ces paroles, le lecteur pourrait croire que j'ai traité légèrement mon sujet, je tiens à citer mes textes pour faire voir que, s'il y a erreur, ce qui ne me paraît pas démontré, l'erreur était bien excusable. Dans le bulletin du *Progrès médical* du 3 janvier, j'appelle Désormeaux le père de l'endoscopie, parce qu'il a le premier réussi à rendre cette méthode pratique. Je me borne à signaler ses précurseurs tels que Ségalas (1827), à qui Désormeaux lui-même attribue l'idée première de l'endoscopie, et John Fischer cité par Hurry Fenwick comme ayant construit un endoscope en 1824. Il est

possible que Nélaton ait essayé le premier l'éclairage interne; mais, comme il n'a pas réussi, on ne peut que le ranger parmi les précurseurs en compagnie de Ségalas et autres. La justice oblige de reconnaître que c'est Nitze qui, le premier, *a résolu le problème* de l'éclairage interne de la vessie; mais on doit ajouter que ses instruments étaient fort grossiers et fort embarrassants. Nous y trouvons cependant la partie optique mobile contestée par M. Boisseau du Rocher. Que notre savant confrère veuille bien ouvrir le livre de Hurry Fenwick (1), il y trouvera, p. 15, une gravure (*Fig.* 6) représentant le cystoscope de Nitze, modèle de 1877; on y voit en *c* la fenêtre par où l'on regarde et à laquelle vient s'appliquer le tube télescopique: « *A telescope tube had to be pushed down the length of the instrument until it reached the window* », dit Fenwick. Il est impossible de ne pas voir l'analogie de cette disposition avec celle qu'a adoptée le Dr Boisseau du Rocher, mais il ne s'ensuit nullement que l'inventeur français ait copié l'inventeur allemand. On pouvait d'autant mieux ignorer ce modèle présenté par Nitze en 1877, qu'il était très défectueux; ainsi, le fil de platine à faire rougir était entouré d'un *tuyau de plume*, ce qui devait constituer une triste fenêtre. C'est à ce moment que Nitze, mécontent des services de Deicke (de Dresde), confia la construction de son instrument à Leiter (de Vienne); mais Leiter ne tarda pas à tirer la couverture à lui un peu trop, à l'avis de Nitze; les deux associés se brouillèrent et se disputèrent assez aigrement l'invention des modèles assez satisfaisants qu'ils livrent maintenant au commerce.

De tout ceci, il résulte ou bien que Nitze a menti, que son modèle fabriqué par Deicke et le dessin qu'en donne Hurry Fenwick sont de pures inventions, auquel cas je suis bien excusable de m'être laissé prendre à une machination aussi machiavélique, ou bien que Nitze n'a pas menti et que Deicke a vraiment fait pour lui un instrument à partie optique mobile. Comme cet instrument était défectueux par ailleurs, il a été abandonné, et M. Boisseau du Rocher, très excusable d'en ignorer l'existence, n'a eu ni plus ni moins de mérite à inventer son instrument que si Nitze n'avait jamais rien fait d'analogue.

En ce qui concerne la diaphanoscopie et le dentiste Brück (de Breslau), qui, dit M. Boisseau du Rocher, « n'a jamais pensé à rendre translucide que les dents », je répondrai seulement en citant le titre de sa brochure « *Das Urethroscop und das Stomatoscop zur Durch leuchtung der Blase und Zahne und der ihrer Nachbortheile durch galvanisches Glühlicht* », Breslau, 1867. D'après ce titre, il me semble que si ce dentiste, qui était sans nul doute un grand dentiste, n'a jamais éclairé aucune vessie, il y a pensé et pensé fortement, puisqu'il a cru résoudre le problème. Dans mon article du 3 janvier, j'ai raconté que le Dr Schramm (de Dresde), dont Nitze était alors assistant, crut voir par diaphanoscopie les ovaires d'un jeune fille très menue. Donc, sans vouloir le moins du monde dénigrer les essais de Miot et Fonssagrives, dont j'ignore la date, j'étais en droit de signaler des tentatives analogues faites à l'étranger.

Pour ce qui est du système optique de M. Boisseau du Rocher, j'avoue mon incompétence totale. Sans doute j'ai été trompé par les phrases suivantes (*Ann. des voies urinaires*, fév. 1890, p. 68, ligne 25): « Pour l'instant », dit M. Boisseau du Rocher, « je me contenterai de dire à M. Leiter que nos deux » systèmes optiques se ressemblent autant qu'une longue vue » ressemble à un microscope. » Or, comme nous trouvons plus haut (ligne 19), que l'instrument de Leiter n'est autre chose qu'une longue vue, un simple syllogisme nous a conduit à penser que l'appareil optique du mégaloscope était comparable à un microscope composé grossissant faiblement. Ces explications fournies, je terminerai en disant que, bien que je n'aie pu encore l'essayer, je considère le mégaloscope comme un perfectionnement sérieux apporté à l'endoscopie, et comme un instrument destiné à rendre à la chirurgie urinaire de précieux services. Dr A. MALHERBE.

(1) *The electric illumination of the bladder and urethra*; 2e édition, Londres. Churchill, 1889.

BIBLIOGRAPHIE

Du diagnostic de la gliomatose médullaire. (Recueil des travaux de neuropathologie et de psychiatrie, dédié par ses élèves à M. le professeur KOIEVNIKOFF, à propos du 25e anniversaire de sa thèse inaugurale, 1890); par ROTH.

Cet important mémoire, qui fait suite à celui que M. Roth a déjà publié dans les *Archives de neurologie*, renferme, outre l'histoire de huit cas nouveaux de gliomatose médullaire, l'exposé des idées de l'auteur au sujet de la syringomyélie. Bien que cette maladie, dit-il, devienne de plus en plus vulgaire, cependant le diagnostic, en particulier de ces atypiques, n'est pas toujours facile. Le mot de syringomyélie est, selon M. Roth, un terme mauvais, car le processus anatomique n'entraîne pas nécessairement la formation de cavités dans l'intérieur de la moelle.

A propos du diagnostic, l'association de l'amyotrophie et des troubles dissociés de la sensibilité n'est pas nécessaire pour constituer la syringomyélie. La première peut manquer, du moins au début de la maladie, et alors on laisse de côté le diagnostic de syringomyélie. Mais ce peut être à tort. Il faut faire la plus grande attention à des signes qui peuvent paraître accessoires, mais qui sont peut-être plus importants qu'elle. La présence d'une scoliose, de troubles trophiques, de troubles subjectifs de la sensibilité, de phlyctènes, de *panaris*, d'arthropathies, de luxations répétées, de dystrophies de la peau et du tissu cellulaire sur un malade, doit mettre en éveil le clinicien et le conduire à rechercher les troubles des diverses sensibilités.

Après ces préliminaires, M. Roth passe à l'exposé de ses huit cas nouveaux, qui font suite aux deux premiers relatés dans son mémoire des *Archives de neurologie*. Toutes ces observations sont extrêmement intéressantes. Nous nous arrêterons en particulier à deux d'entre elles.

La première (OBS. XII) est remarquable par ce fait que le malade, un étudiant de 24 ans, a présenté, entre autres symptômes, un panaris du médius droit, indolore, suivi de la nécrose de la dernière phalange de ce doigt. Ce cas est à mettre en parallèle avec celui que M. Joffroy a récemment publié et dans lequel la syringomyélie, constatée à l'autopsie, avait donné lieu pendant la vie au syndrome de Morvan (1). De plus, fait qui rapproche encore plus ce cas de la maladie de Morvan, l'anesthésie n'était pas partout dissociée et il existait, outre l'analgésie et la thermoanesthésie, une obnubilation du tact. Enfin ce trouble, disposé sous forme d'hémianesthésie, s'était développé subitement à la suite d'une attaque apoplectiforme. Cela pourrait peut-être faire penser à l'hystérie, d'autant plus que cette hémianesthésie était sujette à des oscillations considérables.

Dans le cas suivant (OBS. XIII), il s'agit d'une jeune fille de 24 ans, domestique, fille d'une mère migraineuse, qui avait eu pendant presque toute sa vie des engelures profondes aux mains chaque hiver. Le début se fit par un panaris grave avec nécrose d'une phalangette, panaris douloureux pour lequel on fit trois incisions qui furent aussi douloureuses. Cinq ans auparavant, la malade s'était fait une brûlure intense d'un bras, non sentie sur le moment, mais qui plus tard s'accompagna de douleurs et fut suivi de quelques abcès dans le voisinage des parties brûlées. Les bulles et le panaris furent suivis à brève échéance d'une parésie dans les doigts. Au moment où M. Roth l'examinait, il y avait une légère atrophie musculaire de la main, avec amincissement et froideur de la peau; exagération des réflexes tendineux aux membres inférieurs qui sont un peu faibles, abolition aux membres supérieurs; quelques secousses dans les doigts de la main.

La thermoanesthésie, d'une intensité irrégulière, est presque généralisée; elle occupe les 4 membres, la langue, la moitié gauche de la face et le dos. Elle est variable suivant les moments. L'analgésie a une étendue un peu moindre. Dans tout le côté gauche, sauf une plaque sur la poitrine, la piqûre est sentie comme simple contact, ainsi qu'à la face antérieure du

(1) Joffroy. — Soc. méd. des hôpitaux de Paris, juillet 1890.

bras et de l'avant-bras droits. L'anesthésie du tact suit la distribution de la thermoanesthésie. Elle s'accompagne d'une *anesthésie profonde*. Elle a diminué dans les derniers mois. La sensibilité électrique est abolie dans une étendue un peu plus grande que le tact. Le *sens musculaire est « très affecté »*; le malade ne distingue pas les mouvements passifs imprimés aux doigts et aux orteils.

En outre, le goût est diminué sur la moitié gauche; l'odorat est obnubilé; il existe un rétrécissement double, irrégulièrement concentrique du champ visuel. Le rétrécissement a diminué dans la suite ainsi que quelques symptômes (anesthésie, analgésie, parésie) et à la fin il avait complètement disparu. Anesthésie pharyngienne complète. Caractère capricieux; facies un peu sombre. La malade était sujette à des étourdissements. Scoliose légère.

M. Roth attire l'attention sur l'anesthésie tactile dont la présence pourrait faire incliner vers le diagnostic de maladie de Morvan. Mais, d'autre part, la prédominance de l'hémianesthésie gauche totale, sensitive et sensorielle, devrait faire penser à l'hystérie. La présence de l'amyotrophie dégénérative entraîne cependant d'une façon non douteuse l'idée d'une lésion organique. A cause de l'étendue de l'anesthésie, de la prédominance de la thermoanesthésie, de l'envahissement de la joue du trijumeau (qui serait caractéristique) et du nystagmus (non moins caractéristique). M. Roth se rattache au diagnostic de gliomatose. Pour lui, les troubles sensoriels sont de peu d'importance relativement; le rétrécissement du champ visuel, qui a d'ailleurs disparu à la fin, pourrait être dû à l'inexpérience de la malade en ce genre d'examen, ou peut-être à une sorte d'inhibition du centre visuel cortical par l'insuffisance d'excitation des centres sensitifs due à l'anesthésie cutanée. Quant à l'anesthésie pharyngienne, il la considère comme une lésion faciale sans importance, pouvant se rencontrer même chez les gens sains.

Il nous paraît difficile de faire ainsi abstraction de troubles aussi importants. Admettons la réalité de la gliomatose, caractérisée par des symptômes suffisamment nombreux, bien que la présence de l'amyotrophie puisse être à la rigueur parfaitement compatible avec l'hypothèse d'hystérie.

Mais à côté de la gliomatose il peut très bien s'être développé une autre affection, l'hystérie évoluant pour son compte chez le même individu. Pourquoi ne pas admettre cette complication d'hystérie, lorsque la maladie est suffisamment caractérisée, il nous semble? La présence de l'anesthésie tactile n'arrête pas M. Roth, qui n'admet pas la nécessité de la dissociation de l'anesthésie et a rencontré de nombreux cas de troubles du tact dans la gliomatose. Mais sans s'arrêter à cette hypothèse, qui cependant complique singulièrement les choses puisque nous étions habitués jusqu'aujourd'hui à considérer la dissociation de l'anesthésie comme caractéristique, il y a le rétrécissement du champ visuel dont l'explication donnée par M. Roth nous paraît au moins hasardée, et les troubles sensoriels, et l'anesthésie profonde, et la perte du sens musculaire, et l'anesthésie pharyngienne qui a bien aussi sa valeur, et la présence de ces étourdissements auxquels la malade était sujette et sur lesquels nous ne sommes pas suffisamment édifiés, et le caractère capricieux, le facies sombre et triste. Tout cela est éminemment hystérique. Au lieu de vouloir tout expliquer par la gliomatose, il nous eût paru plus simple d'admettre à titre de complication l'hystérie, venant avec un certain cortège de symptômes et superposant son hémianesthésie totale à une anesthésie syringomyélique. M. le Pr Charcot a montré un cas semblable à propos de la maladie de Morvan (1).

Notons en passant, que l'auteur ne signale le rétrécissement du champ visuel que chez cette malade, qui nous semble entachée d'hystérie et qu'il ne le mentionne dans aucune autre de ses huit observations. D'ailleurs, M. Roth, dans une lettre qu'il a eu l'amabilité d'envoyer à l'un de nous en réponse à la question qu'on lui adressait à ce sujet, nous a dit avoir examiné le champ visuel avec soin chez six de ses malades et l'avoir trouvé absolument normal. Ce symptôme ne paraît donc pas être d'une aussi grande fréquence qu'on l'a dit dans la syringomyélie, et peut-être même ne lui appartiendrait-il pas en propre et serait-il le résultat d'une complication hystérique.

L'auteur étudie ensuite un à un les divers symptômes de la gliomatose médullaire. L'atrophie musculaire se distingue de l'atrophie hystérique, en ce sens qu'elle est lente, n'envahit pas un membre en masse, n'est pas associée à la paralysie comme dans l'hystérie. Le nystagmus paraît être un signe très fréquent de la gliomatose; il est signalé dans le cas de maladie de Morvan publié par M. Charcot, et peut-être Morvan l'aurait-il souvent trouvé s'il l'avait recherché chez ses malades. Il n'admet pas que la scoliose soit de nature trophique, mais d'origine musculaire, l'atonie des muscles résultant de l'anesthésie. Quant aux troubles douloureux subjectifs signalés par M. Charcot dans la maladie de Morvan, ils excitent aussi dans la gliomatose médullaire.

En ce qui concerne l'analgésie et la thermoanesthésie dissociées, il pense qu'elles ne sont pas pathognomoniques et peuvent se rencontrer dans d'autres maladies, le tabes, des foyers limités de myélite, des altérations du rachis, des blessures de la moelle, le syndrome de Brown-Séquard, certaines lésions cérébrales (Berger et Rosenthal), les névrites périphériques (Berger)? Dans l'hystérie, pareille dissociation existe d'après Charcot (M. Roth n'a pas pris connaissance du travail de Pitres) et il peut en résulter des erreurs de diagnostic en faveur de l'hystérie, une gliomatose restant méconnue et étant prise pour de l'hystérie si elle ne pas un cortège suffisant de symptômes (cas de Schultze) (?). D'autre part, l'hystérie peut s'associer à la syringomyélie, ainsi que le montre le cas de maladie de Morvan publié par Charcot, qui, pour M. Roth, est plutôt un cas de gliomatose compliqué d'hystérie. Revenant alors sur les faits de l'observation XIII dont nous avons parlé plus haut, bien qu'il ne reconnaisse pas qu'il en soit ainsi, il avoue que l'on peut comprendre les choses différemment et admettre l'existence d'une anesthésie hystérique à côté de celle qui est produite par la lésion de la substance grise médullaire. L'anesthésie hystérique se distinguera en ce qu'elle est plus nette, ses limites sont plus tranchées; elle procède par segments de membres. Au contraire l'anesthésie de la gliomatose est moins bien limitée, elle procède plutôt par plaques ou souvent la distribution des nerfs periphériques (contrairement à l'assertion anticipée, mais sous toutes réserves, qu'il avait formulée dans son premier mémoire); s'il peut y avoir hésitation, dans le cas de distribution de l'anesthésie par segments de membre, l'examen de la sensibilité thermique ou électrique lèvera souvent tous les doutes. A ce propos M. Roth nous reproche de ne pas faire à la Salpêtrière l'examen de la sensibilité thermique avec assez de soin et de précision, des différences de 3 à 5 degrés étant très importantes.

Malgré tout il peut y avoir des cas où le diagnostic reste en suspens, et à ce propos M. Roth cite deux cas dont l'un aurait été autrefois rangé par lui sans hésitation dans le cadre de la gliomatose, mais qu'il hésite à classer ainsi depuis les travaux de M. Charcot sur la simulation hystérique de la syringomyélie. Le premier a trait à une fille de 34 ans, à hérédité surchargée (hystérie, idiotie, idées fixes, épilepsie). Elle n'a pas d'attaques, mais est émotive et pleurnicheuse. Pendant quelque temps elle souffre de douleurs névralgiques violentes dans le membre supérieur droit. Une anesthésie dissociée (thermoanesthésie et analgésie avec conservation du tact) se développe à la moitié droite de la face, au tronc et au bras droit. Pas de stigmates hystériques. Elle est sujette à de légers étourdissements. En faveur de l'hystérie, il y a l'hérédité, le développement de l'anesthésie à la suite des douleurs qui ont pu déterminer sa localisation aux parties atteintes. Contre l'hystérie, il y a l'absence des « phénomènes franchement hystériques (vue normale, pas de rétrécissement du champ visuel) » (?) le caractère névralgique des douleurs, l'anesthésie limitée à la moitié supérieure du corps, la variabilité de l'anesthésie dissociée. M. Roth inclinerait plutôt pour la gliomatose. Son second cas, douteux, est moins caractéristique et lui-même l'a fait rentrer autrefois dans l'hystérie.

Ce qu'il dit concernant l'anesthésie tactile est fort important. Il l'a rencontrée 11 fois sur 18 et il pose en principe que sa présence ne doit pas exclure le diagnostic de gliomatose. En

(1) Charcot. — La Maladie de Morvan; *Progrès méd.*, 1890. — Georges Guinon et A. Dutil. — Deux cas de Maladie de Morvan; *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1890, n° 1.

cherchant minutieusement (cheveu, pinceau, compas de Weber et électricité) on la trouvera souvent. Cela diminue singulièrement l'importance de cette dissociation de l'anesthésie qu'on s'était plu à qualifier du nom de syringomyélique.

Au chapitre du diagnostic, nous relèverons seulement ce que dit M. Roth au sujet de la maladie de Morvan. Pour lui, tous ou presque tous les malades de Morvan sont des syringomyéliques. Chez tous on voit prédominer l'analgésie et la thermo-anesthésie sur l'anesthésie du tact. Si chez beaucoup d'entre eux les troubles de la sensibilité sont plus limités, s'il n'existe pas de plaques disséminées, cela tient probablement à ce que Morvan n'a pu examiner assez minutieusement ses malades et à ce qu'il commet l'erreur de ne prendre en considération que des différences de perception thermique supérieures à 4 et 5 degrés. De plus la méthode d'investigation nécessaire est bien délicate « pour la peau épaisse de ses malades (Postaus et Marius) » (?). S'il a vu prédominer les panaris et les fissures aux doigts sur les amyotrophics, cette particularité reconnaît sans doute pour cause, soit l'insuffisance de l'examen, soit la profession des malades exposés par leur métier et par leur analgésie à de semblables lésions. Les autres cas de Morvan rentreraient dans le cadre de la névrite périphérique.

Georges GUINON et A. RAICHLINE (de Moscou).

Leçons sur les maladies du Larynx, par E. MOURE. — Paris Doin, 1890.

Le Dr Moure vient de réunir en un volume la série des leçons qu'il a faites sur ce sujet à son cours libre de la Faculté de médecine de Bordeaux. C'est certainement le traité le plus complet qui existe en France, car, outre quelques manuels, nous ne possédons que les traités de Mandl et d'Isambert. Le Dr Moure montre d'abord l'importance qu'occupe la laryngoscopie en médecine générale et fait ensuite ressortir son utilité pour établir le diagnostic de plusieurs affections des organes voisins ou des maladies du cerveau, de la moelle, etc. Après avoir décrit rapidement les principaux appareils servant à la laryngoscopie, l'auteur nous donne l'image du larynx et de la trachée. Il étudie tour à tour les troubles de la circulation, anémie, congestion et hémorrhagie, en indiquant que le terme laryngite hémorrhagique est impropre et doit être remplacé par hémorrhagie laryngée, puis la laryngite aiguë, la laryngite striduleuse, la laryngite œdémateuse, les abcès du larynx, la laryngite chronique et la pharyngo-laryngite sèche ou ozène laryngien. La laryngite œdémateuse ne doit pas être exclusivement considérée comme symptôme secondaire. Trousseau, du reste, en a cité un exemple survenu sous l'influence du froid ; les fatigues vocales peuvent encore déterminer cet œdème, il en est de même de certains traumatismes ; la laryngite œdémateuse pourrait encore être une affection parasitaire, comme cela a été signalé récemment par le Dr Garel. Les abcès peuvent être divisés en abcès intra-laryngés et en abcès extra-laryngés ; ils ont un pronostic sérieux sans être toujours fatal. L'auteur se range à l'opinion d'Isambert, qui a signalé l'existence d'ulcérations catarrhales dans la laryngite chronique. M. Moure croit que la laryngite sèche est toujours une affection secondaire liée à l'ozène nasal. C'est cette opinion que nous avons toujours défendue, car comme lui nous n'avons jamais observé un ozène primitif laryngé ou trachéal. Plusieurs leçons sont consacrées à l'étude de la tuberculose, du lupus, de la syphilis et de la lèpre. La tuberculose peut débuter par le larynx, elle peut être guérie dans certains cas. A la première période de la maladie (période catarrhale ou d'infiltration), il faut avoir recours aux pulvérisations et aux badigeonnages avec les solutions astringentes ; dans la deuxième période (période ulcéreuse), il faudra éviter les attouchements, s'il y a inflammation, et ne les employer que discrètement si l'affection prend une marche lente. L'auteur ne semble accorder que très peu de valeur au traitement par l'acide lactique. Le lupus de la scrofule du larynx constitue une même entité morbide, sa guérison est possible. La syphilis laryngée comporte une série d'accidents qui doivent être divisés en secondaires et tertiaires.

Les troubles de la sensibilité (hyperesthésie, névralgie et paresthésie) et les troubles de la mobilité comportent de longs développements dont nous ne pouvons qu'énumérer les titres : paralysies laryngées de cause centrale, par maladie ou lésion du nerf pneumogastrique, par altération du laryngé supérieur, du nerf récurrent ; paralysie du crico-aryténoïdien latéral, du thyro-aryténoïdien ; ruptures de ce muscle ; paralysie de l'ary-aryténoïdien ; spasmes des muscles phonateurs, spasmes par irritation directe, spasmes d'origine centrale et périphérique ; vertige laryngé, spasmes réflexes, spasmes liés à une affection générale, toux nerveuse et chorée du larynx. Les tumeurs sont divisées en bénignes et malignes : polypes, papillomes, kystes, fibromes, myxomes, adénomes, lipomes, angiomes, enchondromes. Un chapitre est consacré à l'éversion des ventricules. Les tumeurs malignes comprennent les cancers divisés en épithélium, encéphaloïde et squirrhe... Les plaies, les fractures et les corps étrangers comportent des indications thérapeutiques que nous avons déjà signalées ici à propos d'une précédente communication de l'auteur.

Enfin ce traité se termine par des leçons sur les complications laryngées des fièvres éruptives : rougeole, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, érysipèle et grippe. Toutes ces leçons ont été recueillies par MM. les Drs Natier et Lacoarret. En résumé, ce traité est un ouvrage consciencieux qui sera toujours consulté avec fruit, car il donne l'état actuel de la laryngologie. Ajoutons qu'un certain nombre de figures ont été intercalées dans le texte. J. BARATOUX.

Droit médical ou code des médecins ; par MM. Alfred LECHOPIÉ et Ch. FLOQUET. — Paris, 1890, O. Doin, éditeur.

Le droit médical n'avait pas encore jusqu'ici été l'objet d'un traité spécial et complet, et, chaque jour, les médecins se trouvaient en face des problèmes si délicats que soulève leur conscience aux prises avec les intérêts de leurs clients, la responsabilité, le secret médical, etc... Un livre était à faire : MM. Lechopié et Floquet se sont chargés de ce soin, et nous devons dire qu'ils y ont pleinement réussi. Donner une analyse de ce livre est impossible : nous ne pouvons que donner une vue du plan général de l'ouvrage. Il embrasse non seulement ce qui concerne l'exercice de la médecine et des autres arts similaires, mais encore tout ce qui a trait à l'enseignement. Les auteurs prennent l'étudiant au moment où il entre à la Faculté, lui indiquent les formalités à remplir ; puis le suivent dans toute sa carrière de médecin, lui marquant ses devoirs imposés par les lois et les règlements. — La première partie du livre renferme des documents sur l'enseignement et l'organisation de la médecine, l'exercice de la médecine, le droit qu'ont exceptionnellement les médecins de vendre ou débiter des médicaments, la patente, la déclaration et vérification des naissances, de l'avortement ; déclaration et vérification des décrets, inhumations ; autopsies, moulages, embaumements, etc. Certificats, rapports, expertises, réquisition des hommes de l'art, secret médical, responsabilité, honoraires, etc. — Une seconde partie renferme les textes des lois, ordonnances, décrets et règlements qui n'ont pu prendre place dans la première partie, à peu près exclusivement composée de commentaires. Ils sont classés en treize paragraphes : organisation, enseignement et exercice de la médecine, pharmacie, vétérinaires, législation militaire, chirurgiens des navires armés pour la pêche de la morue, régime sanitaire, police des eaux minérales, protection de l'enfance, aliénés, médecins des bureaux de bienfaisance à Paris, Service médical des théâtres à Paris, Académie de médecine, Société de médecine légale de France. Cette analyse succincte montre toute l'importance de ce livre, qui s'adresse à la fois aux étudiants et aux praticiens et doit forcément trouver place dans toutes les bibliothèques. J. S.

Tableau d'analyse qualitative des sels par voie humide ; par A. VILLIERS, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie. — O. Doin, place de l'Odéon.

Les traités d'analyse qualitative que nous possédons aujourd'hui sont peu nombreux ; les uns sont un peu trop élémentaires et les autres, au contraire, trop complets et par suite diffus et peu pratiques. M. Villiers a voulu éviter ce double écueil, ainsi qu'il le dit dans sa préface, et il a réussi. Son livre étant surtout destiné à ceux qui commencent l'étude de la chimie, il ne traite que des bases et des acides les plus communs ; ceux que l'on rencontre dans presque toutes les analyses et dont les caractères et les procédés de séparation sont indispensables à connaître. Le chapitre premier est

constitué par l'étude des réactifs et leur mode de préparation. Dans le chapitre second, l'auteur nous parle des diverses opérations usitées dans l'analyse qualitative, puis décrit la marche générale à suivre pour la recherche des métaux par voie humide ; dans les chapitres suivants il s'occupe des divers cas particuliers et des mélanges que l'on peut rencontrer dans les analyses. Les tableaux sont très bien dressés ; le style est clair et concis, et M. Villiers a largement atteint le but qu'il s'était proposé. P. YVON.

Pathologie et thérapeutique des fosses nasales et du larynx, par MASSEI. Vol. II. Larynx, 2e éd. — Naples, 1890.

Ce traité est divisé en quatre parties et subdivisé en une série de chapitres traitant successivement l'anatomie et la physiologie : les mouvements du larynx dans la phonation et la respiration, le son et la voix; puis la technique laryngoscopique dont l'auteur rappelle l'historique. Dans la troisième partie il traite les maladies du larynx et dans la quatrième les opérations endolaryngées. Il passe en revue les troubles de la circulation, les laryngites aiguës et chroniques, le croup, les aphthes, l'herpès, l'inflammation du tissu conjonctif sous-muqueux, du périchondre et des cartilages, puis les laryngites symptomatiques ou secondaires, les maladies parasitaires : tuberculose, syphilis, lupus, lèpre et les différentes lésions des muscles intrinsèques du larynx.

Un long chapitre est consacré aux névroses de la sensibilité (hyperesthésie, chorée, névralgie, anesthésie, analgésie, paresthésie), aux névroses de la motilité (paralysie, mutisme hystérique, spasme, asynergie des cordes, mogiphonie, bégaiement, voix eunucoïde) et aux névroses réflexes. Il étudie ensuite les néoplasmes, les fractures, blessures, corps étrangers et vices de conformation. Il expose enfin les méthodes d'injections intra-laryngées, d'attouchements, d'insufflation, d'anesthésie, de cautérisation, de tubage, de dilatation, de raclage, etc. Ce livre, clair et concis, sera un aide précieux pour les étudiants et les praticiens qui voudront être au courant des progrès de la laryngoscopie. J. B.

Diagnostic de la paralysie générale (Le Délire des paralytiques généraux et des faibles d'esprit.; par Léon BOIRON. — Th. Paris, 1889.

Dans cette thèse, faite sous l'inspiration du Dr Séglas, l'auteur a montré la ressemblance clinique qui existe entre les délires des faibles d'esprit et ceux des paralytiques généraux, et la difficulté du diagnostic entre les deux, surtout au début. Ces deux délires présentent en effet souvent les mêmes caractères de mobilité, de diffusion, d'incohérence, de contradiction : ce qui tient du reste à ce qu'ils reposent sur un fonds d'affaiblissement intellectuel. La couleur même des idées peut être la même dans les deux cas, comme on l'observe, par exemple, pour les idées hypochondriaques de négation, de micromanie, ou les idées de grandeur. Enfin, ce qui rend encore le diagnostic difficile, c'est que, souvent, les signes physiques de la paralysie générale n'existent pas encore et que, quand ils existent, ils ne sont pas caractéristiques, car l'inégalité pupillaire peut se rencontrer chez les débiles. Enfin, ces derniers peuvent présenter des troubles d'articulation de la parole qui viennent encore compliquer les choses. Il n'y a souvent que la marche de la maladie qui puisse en faire juger la nature. Ajoutons que ce travail repose sur un certain nombre d'observations bien prises, qui démontrent bien ce qu'a avancé l'auteur. P. S.

Clef de la botanique. Introduction à toutes les flores, par A. BAROT. — Paris, Ollier-Henry, in-16 de 100 p., 1889.

Définition sèche et aride de la plupart des termes techniques employés en botanique descriptive et susceptibles, par conséquent, d'être rencontrés dans les flores servant aux herborisations. Nous doutons que cet opuscule puisse être réellement utile aux jeunes botanistes. Il en eût peut-être été autrement, si ces définitions sans nombre eussent été présentées suivant l'ordre alphabétique des mots auxquels elles se rapportent. R. BL.

VARIA

Faculté de médecine de Toulouse.

Pour faire suite aux renseignements que nous avons donnés précédemment, nous empruntons à la *Gazette des Hôpitaux de Toulouse* les lignes suivantes, au sujet de la mission de la commission composée de MM. Brouardel, Bouchard et Lannelongue :

« Cette commission — qui vient de visiter la nouvelle faculté — n'est chargée actuellement que de faire son rapport sur ce qu'elle a vu à Toulouse : l'examen des candidatures à la Faculté sera confié à d'autres membres du Conseil supérieur de l'instruction publique. C'est dire que les choses se passeront le plus correctement du monde.

« Très prochainement, l'Ecole de médecine de Toulouse aura vécu : un décret annonçant sa dissolution fixera en même temps le délai nécessaire pour que toutes les candidatures aient le temps de se produire. L'examen de ces candidatures, le rapport qui s'en suivra, et les nominations seront faites ensuite dans le moins de temps possible. Il faut que tout soit fini le 1er avril.

« Nous tenons les détails qui précèdent de M. le professeur Brouardel, qui a bien voulu se prêter à notre interview avec son amabilité accoutumée.

« Ainsi le moment est venu, Messieurs les candidats, vous êtes au dernier tournant. Le moment est venu de pondre les bouquins et les mémoires de la dernière heure, de stimuler le zèle de vos députés, de réveiller vos sénateurs endormis (ils dorment toujours !). Il n'y a personne d'appelé, mais en revanche, tout le monde ne sera pas élu. »

Le traitement de la Tuberculose.
(*La Kochine dans les pharmacies*).

Le remède de Koch va être mis à la disposition de tous les médecins. La vente s'effectuera dans les pharmacies avec les mêmes restrictions imposées aux remèdes toxiques. Les plus grands flacons contiendront un gramme. L'Etat allemand a renoncé à monopoliser la fabrication. Il se bornera à exercer son contrôle sur les établissements auxquels il accordera la concession de fabriquer la lymphe. Ces établissements livreront la lymphe aux pharmacies en indiquant combien de temps elle peut servir. Ils s'engageront en outre à changer les flacons non utilisés dans les délais voulus contre des flacons de lymphe fraîche.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 27. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Reynier, Poirier. (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) MM. Pinard, Segond, Jalaguier. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Terrillon, Ribemont-Dessaignes.

MARDI 27. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Humbert, Poirier. — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Campenon, Maygrier. — (2e partie) : MM. Debove, Hutinel, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Nélaton, Bar. — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Hanot.

MERCREDI 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Terrillon, Déjerine, Retterer. — (2e partie : MM. Fournier, Letulle, Tuffier.

JEUDI 29. — Médecine opératoire : MM. Le Fort, Brun, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1er partie) : MM. Guyon, Schwartz, Nélaton. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Gilbert.

VENDREDI 30. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Villejean, Fauconnier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, A. Robin. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Netter, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Terrillon, Ricard. — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Marie.

SAMEDI 31. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Dieulafoy, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Legroux, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hutinel, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Le Dentu, Humbert. — (2e partie) : MM. Bouchard, Cornil, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 28. — M. Jacquemart. Du salol. De son emploi dans les affections rhumatismales tendant à la chronicité. — M. Wal-

lich. Recherches sur les vaisseaux lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide. — M. Canniot. De la résection du bord intérieur du thorax pour aborder la face convexe du foie. — M. Sardou. Traitement des cols vicieux avec chevauchement par l'ostéotomie oblique.

JEUDI 29. — M. Fage. Indications et contre-indications de l'énucléation du globe oculaire. — M. Mercier. Quelques cas de septicémie gangréneuse. — M. Le Renard. De l'ulcère perforant du duodenum. — M. Gastel. Etude des follicules de de Graaf et des corps jaunes. — M. Peltier. De la lèpre en Nouvelle-Calédonie. — M. Benoît (Ovide). Contribution à l'étude de la muqueuse intestinale. (Remarques sur les villosités). — M. Bourges (Henri). Angines de la scarlatine. — M. Jacquet (Ferdinand). Contribution à l'étude clinique de l'insuffisance aortique d'origine artérielle.

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire d'histologie de la Charité, recommencera son cours de bactériologie et de microbiologie, le lundi 26 janvier, à 2 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations nécessitées pour la recherche et la culture des microbes. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Tous les instruments (microscopes, étuves, etc.) sont à leur disposition. On s'inscrit, chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de midi 1/2 à 1 h. 1/2.

Thérapeutique oculaire. — M. le Dr LANDOLT commencera son cours, en sa clinique, 27, rue Saint-André-des-Arts. Il est destiné essentiellement aux étudiants et jeunes médecins. Il aura lieu le samedi, à 1 heure, à partir du samedi 7 février 1891.

Médecine légale (aliénation et criminalité). — M. le Dr DUBUISSON, le jeudi à 4 h. 1/2, à la Faculté de droit.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 11 janv. 1891 au samedi 17 janv. 1891, les naissances ont été au nombre de 1233 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 437 ; illégitimes, 191, Total, 628. — *Sexe féminin :* légitimes, 433 ; illégitimes, 172, Total, 615.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 11 janv. 1891 au samedi 17 janv. 1891, les décès ont été au nombre de 1234 savoir : 607 hommes et 627 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 5, T. 13. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 15, F. 5, T. 20 — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 1, F. 4, T. 5 — Diphtérie, Croup : M. 21 F. 16, T. 37. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 124, F. 81, T. 205. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 7, T. 21. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4, T. 4 — Tumeurs malignes : M. 24, F. 34, T. 58. — Méningite simple : M. 10, F. 17. T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 26, T. 56. — Paralysie : M. 10, F. 7, T. 17. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 5, T. 19.— Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 36, T. 58. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 12, T. 37.— Bronchite chronique : M. 34, F. 39, T. 73. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 27, T. 46 — Pneumonie : M. 60, F. 73, T. 133. — Gastro-entérite, biberon, M. 13, F. 9, T. 22. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 2, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6 T. 6 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0.— Débilité congénitale : M. 15, F. 19, T. 34.— Sénilité : M. 8, F. 36, T. 44. — Suicides : M. 14, F. 4, T. 18. — Autres morts violentes : M. 6, F. 3, T. 9.— Autres causes de mort : M. 118, F. 138, T. 256. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 9, T. 31.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 24, illégitimes, 14. Total : 38. — *Sexe féminin :* légitimes, 24, illégitimes, 15. Total : 39.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — En exécution des décrets du 12 février 1881 et du 27 décembre 1890, et sur l'avis exprimé par le Comité consultatif de l'enseignement supérieur dans ses séances des 23, 26 et 27 décembre 1890, sont promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1891 : *De la troisième à la seconde classe* : MM. Dubreuil, professeur à la Faculté de Montpellier, ancienneté ; Gros, professeur à la Faculté de Nancy, choix. — *De la quatrième à la troisième classe* : MM. Soulier, professeur à la Faculté de Lyon, ancienneté ; Caseneuve, professeur à la Faculté de Lyon, choix ; Molosse, professeur à l'Ecole d'Alger, ancienneté ; Poncet, professeur à la Faculté de Lyon, ancienneté.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Les places nouvelles ajoutées au cadre des professeurs des Facultés de médecine des départements, par la loi de finances du 26 décembre 1890 et par décret du 27 du même mois, ont été attribuées ainsi qu'il suit aux professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux : *Première classe* (2 places nouvelles) : ancienneté, M. Azam ; choix, M. Bouchard. — *Deuxième classe* (2 places nouvelles) : ancienneté, M. de Fleury ; choix, M. Perrens. — *Troisième classe* (12 places nouvelles) : ancienneté, MM. Lannelongue ; choix, Jolyet ; ancienneté, Dupuy ; choix, Pitres ; ancienneté, Masse ; choix, Vergely ; ancienneté, Morache ; choix, Layet ; ancienneté, Guillaud ; choix, Figuier. — *Quatrième classe* (7 places nouvelles) : MM. Moussous, Demons, Viault, Badal, Blarez, Bergonié, X... (chaire vacante).— Les professeurs promus à la première, à la deuxième et à la troisième classe, prendront rang, dans chacune de ces classes, à partir du 1er janvier 1891. Les professeurs appartenant à la quatrième classe sont inscrits dans cette classe, chacun à son rang d'ancienneté, conformément aux dispositions des paragraphes 3 et 4 de l'article 3 du décret du 12 février 1881.

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat.* — Voici les nouvelles questions posées à l'épreuve orale : *Prostate* ; *infiltration d'urine.* — *Muscles et nerfs du voile du palais* ; *signes et diagnostic des polypes naso-pharyngiens.* — *Articulation de la tête avec la colonne vertébrale* ; *diagnostic de la présentation du sommet au terme de la grossesse.*—*Dure-mère rachidienne* ; *causes, symptômes et diagnostic de la compression de la moelle épinière.*

Concours de l'externat. — Voici la dernière question d'anatomie qui a été posée : *Ligaments de l'articulation du genou.* Les questions de pathologie ont été les suivantes : *Anthrax* ; *Epistaxis* ; *Blennorrhagie aiguë.* La dernière épreuve de pathologie aura lieu samedi 24 janvier.

Concours public pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 27 février 1891, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, nº 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 2 février 1891, et sera clos définitivement le samedi 14 du même mois, à trois heures.

Concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes au 1er juillet 1891, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.— Le lundi 16 mars 1891, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1er juillet 1891. Les élèves qui désireront prendre part à ce Concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le lundi 2 février 1891 jusqu'au samedi 28 du même mois, inclusivement.

CHOLÉRA. — Le choléra est décidément entré dans une période de décroissance très marquée. Dans le vilayet d'Alep on n'a compté que 8 décès cholériques durant la semaine qui vient de s'écouler ; dans celui d'Adana, 5 décès ; dans celui de Momouret-al-Azil, 2 décès. Il n'y a eu aucun cas dans le vilayet de Diarbékir. Seul, le vilayet de Beyrouth donne un chiffre élevé de mortalité cholérique. La semaine dernière, on a constaté 109 cas, tandis qu'il n'y en avait eu que 30 la semaine précédente. A Tripoli, le choléra décroit. En somme, on peut présumer avec vraisemblance que l'épidémie disparaitra prochainement, à moins qu'il ne se produise de ces cas imprévus avec lesquels il faut toujours compter quand il s'agit de choléra.

UNIVERSITÉ DE LYON. — *Conférence à la Société des Amis de l'Université.* — A Lyon, dans le grand amphithéâtre des Facultés, M. Janssen, membre de l'Institut, a fait récemment une intéressante conférence sous les auspices de la société lyonnaise des « Amis de l'Université ». Les doyens des Facultés et de nombreux professeurs y assistaient. M. Janssen, après avoir exprimé toutes ses sympathies pour les hommes qui, les premiers, ont eu l'idée de la création d'une Université à Lyon, a abordé son sujet : Utilité des observations de montagne et présence de l'oxygène dans l'atmosphère céleste.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr GARRIGAT, sénateur républicain de la Dordogne, enlevé en quelques heures par une fluxion de poitrine. Il était né à Bergerac en 1839. Reçu docteur en médecine en 1861, il suivit les mobilisés de la Dordogne en 1870, en qualité de chirurgien-major et fut élu, en 1871, conseiller général. Aux élections du 20 février 1876, sa candidature républicaine, dans la

1re circonscription de Bergerac, fut vivement recommandée par M. le colonel de Chadois, sénateur inamovible et ancien commandant des mobilisés de la Dordogne. Elu, il fut au nombre des 363 et fut renommé après la dissolution de 1877. Réélu en 1881, il a été nommé sénateur au renouvellement de janvier 1885. Il est décédé le 20 janvier dernier. — M. le Dr BONDET, médecin militaire. — M. le Dr BYRNE, professeur d'obstétrique à l'Université de Dublin. — M. le Dr LÉOPARDI, professeur à l'Université de Florence. — M. le Dr G. GULLIVER, de l'Ecole de médecine de Saint-Thomas, à Londres. — M. le Dr DE MIRBECK, Saint-Maurice (Meurthe-et-Moselle). — M. le Dr A.-J. WARMONT (de Paris). Il composa une collection de faïences qui fut célèbre. Outre ces Rouens, il avait réuni en un musée unique toutes les pièces rares de l'ancienne fabrique de Sainceny. — M. le Dr ANCELET (de Vailly). — M. le Dr DESPREZ (Reims). — M. le Dr Gaston LETELIER (Paris).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La session ordinaire s'ouvrira le mercredi 28 janvier, à 9 heures 1/2 du matin, à l'Institution des Jeunes-Aveugles, boulevard des Invalides, 54.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 31 DÉCEMBRE étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement a cessé à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **25 janvier**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal. — Enfin, nous invitons ceux d'entre eux qui auraient égaré des numéros de 1890 à nous les réclamer **avant le vingt-cinq janvier.**

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Viennent de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs. — Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie du Dr Terrier (1883-1889), par le Dr Marcel BAUDOUIN, avec une préface et deux introductions de **M. le Dr F. Terrier.** Un beau volume in-8 de 220 pages, avec 10 figures et 4 photogravures. Prix : 5 francs. — Pour nos abonnés : 3 fr. 75.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

ENSEIGNEMENT MUNICIPAL DE LA MÉDECINE. — *Hôpital Necker.* — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BOULLOCHE (P.). — **Des paralysies consécutives à l'empoisonnement par la vapeur de charbon.** Brochure in-8 de 20 pages. — Prix : 75 c. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

GRASSET (J.). **Leçons sur un cas de maladie des tics et un cas de tremblement singulier de la tête et des membres inférieurs.** Recueillies par G. Rauzier. Brochure in-8 de 42 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr.

SÉRIEUX (P.). — **Choc nerveux local et hystéro-traumatisme.** Brochure in-8 de 7 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . 35 c.

CAMUSET. — **Un cas de tétanos chez un épileptique.** Brochure in-8 de 8 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

FRANCOTTE (X.). — **Etudes sur l'anatomie pathologique de la moelle épinière.** (Lyringomyélie, Sclérose combinée, Myélite aiguë). Brochure in-8 de 35 pages, avec 11 fig. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos abonnés. 85 c

ONANOFF (J.). — **De la perception inconsciente.** Brochure in-8 de 16 p. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

DEBIERRE (Ch.). — Traité élémentaire d'anatomie de l'homme (anatomie descriptive et dissection) avec notions d'organogénie et d'embryologie générale. — Tome II. — Système nerveux central. — Organes des sens. — Splanchnologie. — Embryologie générale) Volume in-8 de 1.064 pages, avec 515 figures. — Prix. . 20 fr.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

LECHOPIÉ (A.) et FLOQUET (Ch.). — Droit médical ou Code des médecins (Docteurs, Officiers de santé, Sages femmes, Pharmaciens, Vétérinaires, Etudiants, etc.). Volume in-18 de 531 pages. — Prix . . . . 6 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 5. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 31 JANVIER 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr **J. SIMON**.

Les pleurésies dans l'enfance et leur traitement;

Conférence recueillie par le Dr A.-F. PLICQUE, ancien interne des hôpitaux.

Si vous voulez bien comprendre les pleurésies dans l'enfance, il vous faut à peu près oublier toutes les notions classiques et quelque peu schématiques que vous pouvez avoir sur les pleurésies en général. La pleurésie type à symptômes bien caractérisés est d'une extrême rareté chez l'enfant. Chez lui vous n'observez guère que des pleurésies secondaires, consécutives soit à des lésions du poumon, pneumonies, broncho-pneumonies, tuberculoses, soit à des maladies infectieuses, rougeole, coqueluche, scarlatine, fièvre typhoïde. En même temps que l'inflammation pleurale, il y a presque toujours inflammation simultanée des bronches et du poumon. La pleurésie présente de plus une tendance remarquable à l'enkystement, mais à un enkystement qui, vous le verrez, contribue singulièrement à rendre le diagnostic difficile, car il est loin de se faire toujours au point le plus déclive. Vous concevez déjà combien ces trois faits : affection secondaire, coexistence de l'inflammation des bronches et du poumon, enkystement fréquent, rendent les symptômes anormaux et variables. Le pronostic n'est pas moins paradoxal. La pleurésie chez l'enfant se termine très fréquemment par la suppuration et néanmoins ces pleurésies même suppurées et suppurées avec des microorganismes infectieux de mauvaise nature, staphylocoques ou streptocoques, guérissent presque toujours. Le traitement offre une merveilleuse efficacité.

Essayons, tout variables qu'ils soient, d'analyser les symptômes. En supposant même le cas exceptionnel d'une pleurésie primitive, vous manquerez de plusieurs des symptômes que vous êtes habitués à rechercher chez l'adulte.

Au début, au lieu d'accuser un point de côté, l'enfant se plaint d'une douleur dans le ventre, dans le flanc; sa respiration est accélérée ; les mouvements respiratoires sont au nombre de 30 à 40 par minute ; la température s'élève à 38°, 38° 5 ; l'enfant tousse un peu et semble souffrir en toussant. A l'inspection, le côté malade est plus ou moins immobile, ses excursions sont limitées. Un peu plus tard, quand l'épanchement augmente, le côté offre une légère voussure. Dans ces épanchements un peu abondants, la percussion vous donne une matité étendue. Rappelez-vous bien, toutefois, que vous ne constaterez cette matité, surtout inférieurement, qu'en frappant très légèrement du bout des doigts. Une percussion forte et profonde retrouverait sous la mince couche de liquide la sonorité du poumon ou celle de l'estomac et de l'intestin. A l'auscultation, les frottements, ce signe du début si important chez l'adulte, ne sont presque jamais perçus chez l'enfant. Lorsqu'ils le sont, c'est à la période tardive, à la période de résolution. Le souffle doux, lointain, est lui aussi assez rare ; le signe important est la suppression du murmure vésiculaire, suppression qui fait contraste avec la respiration puérile du côté sain. A l'auscultation de la voix, vous trouvez un retentissement désagréable, broncho-œgophonie plutôt qu'œgophonie bien nette. La recherche des vibrations thoraciques ne peut se faire que chez les enfants déjà âgés. En résumé, la symptomatologie se trouve au début réduite, même dans les cas relativement aisés, à la douleur de ventre, la fièvre, la dyspnée, la matité étendue, la suppression du murmure vésiculaire.

Mais, je vous l'ai dit, la pleurésie s'accompagne d'ordinaire d'inflammation du poumon et des bronches. Le plus souvent même, dans toutes les pleurésies infectieuses, c'est la broncho-pneumonie qui précède, la pleurésie qui suit. La douleur, la dyspnée, la fièvre perdent toute signification. Ne peuvent-elles, en effet, s'expliquer par de nouveaux noyaux broncho-pneumoniques ? A l'examen direct, la coexistence des deux affections entraîne une vraie confusion de tous les symptômes. La percussion vous donne, à côté d'une zone de matité absolue, — zone qui est loin d'occuper toujours les parties déclives, car il peut y avoir déjà enkystement du liquide — des zones de sonorité exagérée, tympanique, dues à l'empyème. L'auscultation vous fait bien entendre parfois sur un point une diminution très nette du murmure vésiculaire, mais, à côté, vous trouvez des râles crépitants, sous-crépitants, des gargouillements cavernuleux, du souffle tubaire. L'inspection vous donne peut-être les renseignements les moins infidèles. Dès le début le côté malade est relativement immobile ; cette immobilité est d'autant plus frappante que le rythme respiratoire offre une fréquence extrême, atteint 60, 100 mouvements même par minute. Plus tard, la voussure, la dilatation, l'effacement des espaces intercostaux sont avec l'immobilité des signes précieux d'épanchement. Si d'ailleurs vous suivez attentivement l'enfant, la *marche* même de l'affection vient vous fournir des éléments importants non seulement pour le diagnostic d'épanchement, mais pour le diagnostic de suppuration. Nous venons d'avoir, par exemple, à la crèche, un enfant de dix-huit mois entré pour une broncho-pneumonie. L'affection traîna huit jours, quinze jours, trois semaines. Au bout de ce temps, on trouvait toujours dans l'aisselle un îlot de matité grand comme la paume de la main. A ce niveau existait un souffle lointain ; la respiration tout autour était affaiblie. Je songeai de suite à un épanchement enkysté et, devant la persistance de la fièvre, à un épanchement suppuré. Une ponction donnait issue à 250 gr. de pus. Elle fut insuffisante et, quelques jours après, l'empyème pratiqué évacuait encore 150 gr. L'enfant fut malheureusement, au moment où la poche pleurale était en pleine voie de cicatrisation, pris de diphtérie et il y succomba. La durée est donc à elle seule un renseignement fort utile. Une pneumonie franche se juge en quelques jours. Une broncho-pneumonie même ne persiste pas pendant trois, quatre semaines avec cette fixité de foyers. La pleurésie séreuse enfin guérit, quand elle ne suppure pas, en un mois,

cinq semaines au plus. La persistance, au delà de ce délai est donc un signe à la fois d'épanchement et de suppuration.

La terminaison par *suppuration* est bien plus fréquente que la persistance de l'épanchement à l'état séreux et que sa résolution spontanée. Avant quatre ans surtout la suppuration dans la pleurésie est la règle. Quand la résolution survient, vous voyez la température tomber graduellement, la matité disparaître ; les frottements qui manquent au début surviennent à cette période, remplaçant l'apnée et le souffle doux. Quand, au contraire, l'épanchement suppure, la fièvre persiste avec des oscillations irrégulières ; la température toutefois ne dépasse guère 38°,5. Cette température relativement basse, malgré la suppuration, est pour vous bien importante à noter.

Au point de vue de l'examen local, les phénomènes qui surviennent au moment de la suppuration sont souvent une cause d'erreur. Il semble que le pus produise plus que le liquide séreux l'affaissement du poumon. D'où une baisse dans le niveau de l'épanchement, baisse qui ne répond nullement à une diminution réelle.

Le pus, une fois formé, offre plus encore que l'épanchement séreux tendance à l'enkystement. Le siège de cet enkystement peut être en bas et en arrière, mais il peut être aussi en avant, sous l'aisselle, à la partie moyenne, sous la clavicule même. Vous comprenez quelle hésitation ces sièges anormaux jetteraient, si vous n'en connaissiez point la possibilité, dans votre diagnostic.

Après son enkystement, le pus peut parfois se créer une ouverture spontanée, soit vers la peau, soit vers les bronches, soit simultanément vers les bronches et la peau. Chez un jeune garçon de 11 ans, dont les parents ne voulaient à aucun prix entendre parler d'opération, j'ai vu ainsi une pleurésie purulente s'ouvrir en quelques mois par trois abcès intercostaux successifs. J'ai vu des enfants, tant leur résistance à l'infection est merveilleuse, continuer à aller et venir avec une pleurésie purulente ouverte à la fois dans les bronches et par la peau. Dans un cas rapporté par Morgan (1), le pus avait même fini par fuser à travers les insertions du diaphragme, et, s'insinuant entre les muscles obliques et transverses de l'abdomen, il était allé former une collection sur la crête iliaque. L'incision donna issue à 1.800 gr. de pus. En douze jours l'enfant guérissait.

Le *pronostic* de la pleurésie chez l'enfant est relativement très favorable. Quand, au début, l'affection prend de la gravité, cette gravité est toujours le fait de la broncho-pneumonie plutôt que de la pleurésie même. Plus tard, quand il y a suppuration, la mort peut certainement survenir par cachexie, par asphyxie, par ouverture de l'abcès dans le péricarde ou le médiastin si l'épanchement est méconnu. Mais si le diagnostic est fait, si le traitement convenable est institué, la guérison survient d'ordinaire dans les cas les plus graves, pleurésies secondaires, pleurésies arrivées à la cachexie la plus avancée, pleurésies doubles même. J'ai vu guérir en trois semaines, après l'empyème, une petite fille si cachectique, si affaiblie, qu'un chirurgien venu pour faire l'empyème était reparti sans vouloir l'opérer. Chez un enfant de six ans, atteint de pleurésie purulente double avec débilitation extrême, troubles cardiaques, Morgan fit à douze jours de distance : 1° l'incision avec résection d'une côte du foyer gauche ; 2° l'incision avec résection d'une côte du foyer droit. Peu de temps après l'enfant était guéri, et la guérison au bout d'un an ne s'était pas démentie.

(1) *Lancet*, 1890, vol. II, p. 125.

Le *diagnostic* de la pleurésie chez l'enfant offre, au début, de grandes difficultés. Vous verrez qu'heureusement pour la pratique ces difficultés s'atténuent à une période plus avancée et en particulier à la période de suppuration.

Pendant les quatre premiers jours, le diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie chez l'enfant est à peu près impossible. Sans doute les pneumonies franches qui débutent brusquement avec des phénomènes ataxo-adynamiques, une température de 40°, qui siègent au sommet, peuvent être soupçonnées même avant l'apparition des râles crépitants et du souffle tubaire. Ce début solennel n'est pas celui de la pleurésie. Mais vous concevez combien dans les états congestifs frappant à la fois la plèvre, le poumon, les bronches, véritables pleuro-broncho-pneumonies, le diagnostic se complique. Au début, la séparation des divers éléments touchés est à peu près impossible. Vous avez vu quelle est en effet la variabilité des symptômes.

Le diagnostic se simplifie à mesure que l'affection évolue. Au bout de 5 à 6 jours, la matité étendue, nette, non estompée dans la pleurésie, l'apnée bien manifeste constituent de bons signes différentiels. La matité de la pneumonie est toujours moins nette et sans résistance au doigt. Au bout de 8 à 10 jours, la pneumonie franche est en résolution ; la défervescence est brusque ; une pleurésie peut commencer à s'améliorer à cette période, mais la défervescence est lente, la résolution se fait plus doucement. Plus l'affection se prolonge, plus vous devez soupçonner et chercher l'épanchement pleurétique. Et en se plaçant au point de vue thérapeutique, c'est alors que le diagnostic devient vraiment important. C'est alors que la persistance d'un épanchement fournit des indications précises. Heureusement qu'à cette période la matité bien limitée, l'apnée, le souffle doux, la voussure, la fièvre persistante manquent bien rarement d'avoir pris une certaine netteté. De plus, si vous devez au début vous abstenir de ponctions exploratrices qui, même très antiseptiques, semblent toujours chez l'enfant favoriser la suppuration, à cette période finale où la suppuration est presque certaine, votre réserve peut être moindre. La ponction, même dans un épanchement séreux chronique, se trouverait en effet justifiée.

Les pleurésies gauches peuvent, surtout lorsqu'elles s'enkystent près du péricarde, offrir une difficulté particulière de diagnostic avec la péricardite. Mais, dans celle-ci, la voussure, l'éloignement des bruits du cœur, les frottements du début correspondant à la systole et à la diastole cardiaque, les troubles du pouls constituent autant de signes qui manquent dans la pleurésie.

Le *traitement* doit être étudié à deux périodes : 1° période du début où il est surtout médical ; 2° période de prolongation, ce qui équivaut presque à dire de suppuration de l'épanchement, où les indications deviennent avant tout chirurgicales.

A la *période de début*, insistez bien sur la nécessité de prévenir les refroidissements. Si minime que semble l'inflammation pleurale, laissez l'enfant au lit, la poitrine enveloppée de ouate, les jambes et les pieds entourés également de bottes de ouate entourées de taffetas gommé. Prescrivez de plus des boissons, des tisanes chaudes.

Comme médicaments, deux seulement paraissent

utiles : 1° le calomel donné à dose de 0 gr. 01 à 0 gr. 05 tous les deux à trois jours, pour opérer une légère dérivation intestinale ; 2° la digitale à la dose de X à XX gouttes de teinture, comme diurétique et antiphlogistique. Le lait chaud, les tisanes diurétiques, constituent de bons adjuvants du traitement par la digitale.

Comme traitement local, n'employez au début que la révulsion par les cataplasmes sinapisés. Ne dédaignez pas ce moyen, il atténue beaucoup la douleur; vous voyez par suite l'enfant mieux respirer, et cette respiration plus ample, plus profonde, ne peut que décongestionner le poumon et la plèvre et favoriser la résolution.

A l'hôpital, dans un milieu infectieux, la crainte de la diphtérie cutanée nous oblige à nous contenter de ce moyen. En ville, quand la résolution traîne, vous pouvez — mais avec les précautions que vous savez — employer les vésicatoires. Ces vésicatoires seront camphrés; ils n'auront que quatre centimètres de diamètre ; ils ne seront laissés que trois heures au maximum. Le lieu d'application sera ensuite recouvert d'un cataplasme de fécule pendant une heure. Le pansement sera fait très antiseptiquement avec la vaseline boriquée et une couche épaisse de ouate boriquée. Vous vous exposeriez aux accidents les plus graves en prescrivant chez l'enfant un vésicatoire sans insister sur toutes ces précautions.

A la *seconde période*, deux moyens peuvent réussir même dans les pleurésies suppurées, la thoracentèse suivie d'un lavage antiseptique et l'empyème. Peut-être la bactériologie fournira-t-elle un jour des indications bien précises. Les pleurésies à pneumocoques seront traitées par la ponction et le lavage; les pleurésies à streptocoques et à staphylocoques par l'empyème. En pratique, employez d'abord le premier moyen, plus inoffensif; au bout de quelques jours, vous ferez l'empyème si la guérison n'est pas obtenue.

La thoracentèse chez l'enfant est bien rarement une opération d'urgence, commandée par un épanchement assez abondant pour entraîner l'asphyxie. Je n'ai eu à la faire qu'une fois dans ces conditions, chez un malade âgé de treize ans déjà. L'abus des premiers temps de la thoracentèse, qui faisait faire des ponctions en pleine période aiguë, n'est plus qu'un souvenir. Ce n'est qu'à la période chronique, au bout d'un mois, six semaines, que la thoracentèse peut être employée chez l'enfant.

Le lieu d'élection pour la ponction sera, par suite du rapprochement plus grand des côtes, non, comme chez l'adulte, à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs, mais plus en avant sur la ligne axillaire. Bien souvent, d'ailleurs, vous aurez à faire des ponctions en un point de nécessité en haut, en avant, sous la clavicule même pour les pleurésies enkystées.

Avant de ponctionner, prévenez toujours la famille que peut-être la ponction n'amènera l'écoulement que de quelques gouttes de liquide, et peut-être même qu'elle n'amènera aucun écoulement. Les pleurésies à pus très épais, très cloisonné, sont assez fréquentes pour motiver cette petite précaution.

La ponction faite, n'effectuez l'aspiration que doucement, lentement. Faites ensuite, dans le cas de pleurésie purulente, un lavage avec la solution boriquée tiède et plutôt un peu chaude. Employez pour la faire pénétrer dans la plèvre la même lenteur que pour l'évacuation du liquide. Ne craignez pas de faire ainsi passer en plusieurs fois deux à trois litres de solution. Vous pouvez, au moyen de l'appareil à pompe à double effet, aspirante et foulante, faire très facilement, presque sans arrêt, au moyen de deux bouteilles, la double opération de l'évacuation et du lavage. Cette petite manœuvre est assez compliquée, elle exige de l'attention ; répétez bien, avant de l'entreprendre, le fonctionnement de vos instruments. Ayez soin surtout de n'employer que des instruments, des tubes de caoutchouc, des bouteilles parfaitement propres. C'est une condition indispensable de succès.

La thoracentèse combinée avec le lavage amène assez souvent chez l'enfant la guérison de pleurésies, même suppurées. Dans quelques observations, ces guérisons ont été obtenues, non par une seule ponction, mais par une série de ponctions, huit, dix, et même plus. Quand l'épanchement est et reste séreux, vous pouvez, à la rigueur, employer cette méthode des ponctions répétées. Mais dès que l'épanchement est purulent, si la première ponction et le premier lavage n'ont pas suffi, si l'épanchement s'est reproduit, si la fièvre persiste, ne comptez plus sur cette méthode. L'opération de l'empyème vous offre une ressource plus sûre et plus efficace.

L'*empyème*, dans les pleurésies enkystées, doit être fait, comme la ponction, dans les points les plus variés. Dans les pleurésies ordinaires, le lieu d'élection chez l'enfant est dans le cinquième ou le sixième espace intercostal à droite, le sixième ou le septième à gauche. Ce choix d'un espace plus élevé du côté droit est justifié par la présence du foie. C'est vers le milieu de l'espace, sur la ligne axillaire, que doit porter l'incision. En la faisant à l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs, vous seriez gênés par le rapprochement des côtes en ce point. La peau incisée sur une étendue de quatre à cinq centimètres, l'index gauche est mis dans la plaie pour ne plus la quitter. C'est lui qui doit vous servir de guide pour continuer l'incision en suivant le bord supérieur de la côte inférieure. Vous savez, en effet, que sous le bord inférieur des côtes se trouvent les artères intercostales, qui seraient blessées par une incision faite en ce point. C'est également l'index qui vous renseigne sur la profondeur de l'incision. Il ne faut jamais pénétrer franchement, mais seulement par une petite ponction dans la plèvre. Un coup de bistouri trop large risquerait de rencontrer le poumon, si souvent maintenu par des adhérences dans les pleurésies de l'enfant. Cette ponction faite, l'ouverture est agrandie sans péril, soit à la sonde cannelée, soit au bistouri boutonné. Le pus s'échappe à flots. Placez deux drains en les conduisant au moyen d'une pince à forcipressure dans l'ouverture faite. Fixez-les soigneusement au moyen d'une épingle anglaise. La chute des drains dans la cavité pleurale est, faute de cette précaution, un accident relativement fréquent.

Le lavage est fait par l'un de ces drains, mais jamais, pour pousser le liquide, il ne faut vous servir d'une seringue, dont la pression pourrait être brusque, inégale, exagérée. Le tube-siphon de M. Potain est excellent pour établir le double courant. Son maniement est, une fois qu'il est amorcé, des plus faciles. Ne négligez pas toutefois de faire, comme pour la thoracentèse, une répétition préalable. Comme liquide de lavages, employez la solution boriquée tiède. Ne craignez pas d'en faire passer cinq à six litres.

Opération et lavage doivent être faits avec une stricte antisepsie en savonnant, désinfectant l'endroit de l'incision et n'employant que des instruments parfaitement propres. Cette nécessité de l'antisepsie pour inciser un épanchement déjà purulent peut vous sembler para-

doxale. Mais vous comprendrez facilement l'intérêt qu'il y a, quand la suppuration est déterminée par des microorganismes relativement bénins, tels que les pneumocoques, à éviter au cours de votre intervention toute cause d'infection qui, introduisant des microorganismes plus tenaces, streptocoques ou staphylocoques, diminuerait singulièrement les chances de guérison.

Après l'opération, faites également un pansement parfaitement occlusif avec la gaze iodoformée, la ouate salicylée, un taffetas imperméable.

Répétez ensuite les lavages deux fois par jour, en employant toujours le siphon et non la seringue. Evitez toute pression exagérée qui amènerait des décollements. Changez souvent les drains au cours de ces lavages, en les remplaçant par des drains propres et de longueur graduellement diminuée. Dans beaucoup de cas, la diminution progressive de la cavité, la suppression de la suppuration, indiquent le moment de suspendre les lavages et d'enlever les drains. De toutes façons, au bout d'un mois de traitement, essayez de supprimer les drains en maintenant dans le trajet une petite tresse de fils de catgut. Si l'épanchement se reforme, vous dilaterez facilement le trajet par une tige de laminaire et pourrez replacer des drains que vous essaierez d'enlever au bout d'un nouveau mois. Ne négligez pas le traitement local de la plaie (iodoforme, cautérisations au nitrate d'argent). Insistez sur les toniques et l'hygiène générale. Vous obtiendrez presque toujours, au bout d'un temps plus ou moins long, la guérison complète. La persistance de fistules est tout à fait exceptionnelle. Chez l'enfant, l'opération d'Estlander se trouvera donc bien rarement indiquée.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Epilogue d'un procès célèbre.

Et maintenant que la tragédie est terminée, qu'Eyraud et Gabrielle Bompard ont « payé leur dette à la justice humaine », il nous sera permis, croyons-nous, de résumer en quelques mots la partie scientifique de ce procès célèbre, aux débats duquel nous avons assisté. Nous avouons d'ailleurs, sans détours, qu'il nous est agréable d'intervenir, car nous aurons à proclamer — et définitivement cette fois, nous l'espérons — le triomphe des idées de nos deux maîtres, MM. les professeurs Charcot et Brouardel, à la défense desquelles, depuis plusieurs années, nous avons consacré toute notre énergie.

Résumons rapidement le crime. Le 13 août 1889, on trouvait à Millery un cadavre, qu'après bien des péripéties M. le Pr Lacassagne, de Lyon, parvenait à faire reconnaître pour celui de l'huissier Gouffé, disparu de son domicile, à Paris, depuis le 26 juillet. Quelques mois plus tard, *spontanément*, l'un des auteurs de l'assassinat, la fille Bompard, venait se livrer à la justice; puis Eyraud, son complice, ne tardait pas à être arrêté.

A la vérité, le crime qu'ils avaient commis tous les deux présentait quelques particularités dans son accomplissement, mais, en le réduisant à ses justes proportions, on ne comprenait guère comment il avait pu passer à l'état « d'événement sensationnel. »

Eyraud, sorte d'aventurier à bout de ressources, s'était servi d'une fille galante, sa maîtresse, pour attirer Gouffé dans un guet-apens et le détrousser. L'huissier avait été pendu, peut-être étranglé ; puis les assassins avaient placé son corps dans une malle, précipitée deux jours plus tard dans les fourrés de Millery ; de là ils s'étaient enfuis en Amérique.

En somme, pour nous, le drame n'était que médiocrement intéressant, mais il le devint bien davantage par suite de circonstances nées spontanément ou provoquées au cours de l'instruction.

Ce n'est pas sans un certain étonnement qu'on avait vu Gabrielle Bompard venir d'elle-même se constituer prisonnière. Son état mental devait, dès les premiers interrogatoires, paraître suspect à M. le juge d'instruction. « Tout était étrange dans les récits de l'inculpée, dans son langage, dans sa tenue ; elle se présentait, moins comme la complice de l'assassinat de Gouffé que comme un témoin surpris par la rapidité d'événements qui dépassaient les pires prévisions.

« Elle racontait les détails avec une indifférence complète et sans remords, elle paraissait sans conscience de la valeur morale des actes qui s'étaient passés sous ses yeux. Ne devait-on pas regarder comme l'indice d'un trouble mental son retour à Paris, son imprévoyance en se mettant elle-même aux mains de la justice (1). » Aussi, M. Dopffer rendait-il, à la date du 19 février 1890, une ordonnance aux termes de laquelle MM. Brouardel, Motet et Ballet étaient chargés d'examiner l'état mental de l'inculpée.

Les savants experts se mirent aussitôt à l'œuvre et constatèrent chez Gabrielle Bompard un arrêt de développement du sens moral, sans arrêt parallèle du sens intellectuel. « Si profondes — disaient-ils — que soient les lacunes du sens moral, l'intelligence est assez nette pour que Gabrielle Bompard sache ce qui est bien et ce qui est mal. Elle n'est pas atteinte d'aliénation mentale ; rien n'établit qu'elle ait subi une contrainte de quelque nature qu'elle soit. Gabrielle Bompard ne saurait donc être considérée comme irresponsable des actes qui lui sont imputés. »

Chemin faisant, les experts avaient constaté qu'elle était atteinte de « petite hystérie, » se formulant de temps en temps par des attaques légères « très rares, elle nous l'a dit elle-même (2). » Ils se disposaient à déposer leur rapport, concluant, comme nous l'avons vu, à la responsabilité, lorsque, subitement, un élément tout particulier d'appréciation s'introduisit dans le débat.

Mais laissons la parole à M. le professeur Brouardel : « Nous aurions pu, dit-il, nous arrêter là, mais le lendemain du jour où nous avions terminé notre examen, nous avons lu dans le journal, la *Revue de l'hypnotisme* (3), une consultation du Dr Bernheim, qui déclare que cette jeune fille, qu'il n'avait du reste jamais vue, avait certainement agi sous l'influence de l'hypnotisme. Nous avons su, de plus, que certaines personnes l'avaient hypnotisée. Nous avons donc été obligés de l'examiner à ce point de vue. »

Gabrielle Bompard est une « petite hypnotique », qui entre dans le sommeil provoqué par une attaque d'hystérie; rien n'indique qu'elle ait obéi à une suggestion dans la perpétration d'un crime longuement mûri et prémédité, pour lequel elle a fait preuve à plusieurs reprises de véritable initiative ; enfin, elle a répété à satiété, l'instruction en fait foi, que jamais Eyraud n'a pu parvenir à l'hypnotiser. De semblables raisons, émises par de telles autorités, devaient suffire pour écarter au plus loin l'hypothèse même de la suggestion. Mais il n'est pire sourd que celui qui ne veut pas entendre.

Eyraud a été arrêté sur ces entrefaites ; tout le roman inventé par Gabrielle Bompard s'est écroulé ; sa complicité

(1) Rapport de MM. Brouardel, Motet, Ballet ; in l'*Affaire Gouffé*, par Lacassagne, in-8°, 1891, p. 67.
(2) *Gazette des Tribunaux*, 19 décembre 1890, p. 1,210, 3e col. *Déposition de M. Brouardel.*
(3) 4e année, 1889-1890, p. 266.

consciente éclate à tous les yeux... et son avocat se raccroche désespérément à cette branche de salut que M. Bernheim vient de lui tendre au moment où il s'en doutait le moins. *On plaidera la suggestion !*

Et pendant ce temps, M. Bernheim et son École sont dans la joie. Enfin! on va donc pouvoir se relever du lamentable échec éprouvé au *Congrès de l'Hypnotisme*. Le voilà, ce crime par suggestion tant rêvé, tant désiré, dont la réalité doit confondre à tout jamais les sceptiques de Paris.

Les journaux politiques, enchantés de l'aubaine, exploitent cette nouvelle mine et se préparent à servir à leurs lecteurs un vrai régal, un nouveau spectacle à la Molière : deux Écoles rivales s'apprêtant à s'entre-déchirer, et cela dans le prétoire !

Pour l'intelligence de ce qui va suivre, il est utile d'ouvrir une parenthèse; nous venons de parler d'*Ecoles*: il est nécessaire de s'entendre.

Depuis 1860, un homme éminent, dont nous sommes fier d'être l'élève, a fondé, par un labeur opiniâtre, dans ce vaste asile de la Salpêtrière qu'il n'a jamais quitté, un enseignement connu du monde entier. Avec les années, les élèves se sont groupés autour du maître, formant une *Ecole* ayant ses doctrines, presque déjà ses traditions, qu'elle s'efforce d'appliquer à l'étude des maladies nerveuses, si mal connues avant l'intervention de son chef.

Entre temps, dès 1878, M. Charcot, rompant en visière avec les préjugés les plus ridicules, n'a pas craint d'aborder le redoutable problème de l'hypnotisme. Procédant avec la rigueur scientifique qui l'a conduit dans l'interprétation des maladies organiques du système nerveux à tant de mémorables découvertes, il reconnaît, dans l'hypnose, une véritable névrose provoquée, à déterminisme spécial caractérisé, dans ses formes typiques, par l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, les tracés respiratoires et musculaires de la catalepsie, les modifications des excreta urinaires et bien d'autres phénomènes impossibles à simuler. Du même coup, il insiste sur l'existence des formes frustes imparfaites, symptomatologiques de ce qu'il a appelé le *grand hypnotisme* (1).

Lentement, patiemment, il en fixe les symptômes, fait le bilan des quelques avantages (2) qu'on peut en retirer dans la cure des affections dynamiques et place en regard le tableau des dangers qu'offre le sommeil provoqué entre des mains inexpérimentées. Enfin, il l'applique avec le plus grand bonheur à l'interprétation, à la compréhension rationnelle d'un grand nombre de phénomènes hystériques.

(1) Dans un article du *Temps* (29 janvier 1891), paru depuis la composition du présent *Bulletin*, M. Bernheim, appréciant les opinions de la Salpêtrière en matière d'hypnotisme, dit un peu dédaigneusement : « *C'est un ensemble de faits expérimentaux plutôt qu'une doctrine, car les faits sont exposés sans interprétation théorique.* » Singulière appréciation pour un homme inféodé, lui aussi, nous l'espérons, à la science expérimentale. D'ailleurs, après la discussion, nos lecteurs jugeront de la valeur des *théories* de Nancy, comparées aux *faits expérimentaux* de la Salpêtrière.

(2) « L'Ecole de Paris n'a pas tiré d'applications pratiques de son enseignement. L'Ecole de Nancy emploie la suggestion dans un but thérapeutique » (*Temps, loc. cit.*). M. Bernheim sait pourtant bien le contraire. Pratiquement, M. Charcot s'est servi de l'hypnotisme pour interpréter la majorité des phénomènes hystériques. Il n'ignore pas que nous avons consacré le chapitre IX de notre travail, inspiré par M. Charcot (*l'Hypnotisme*), etc., 1887, aux applications thérapeutiques de l'hypnose. Il est vrai que ces applications doivent paraître bien timides à M. Bernheim, qui guérit la dysenterie par suggestion (*Hypnotisme*, 1891, p. 458). Nous choisissons ce cas parmi un grand nombre d'autres de même signification.

Au point de vue médico-légal, il existe un crime, le viol commis par l'hypnotiseur sur le sujet endormi, ainsi que le démontrent péremptoirement les si remarquables *rapports* de M. Brouardel. Quant au crime par suggestion, les investigations les plus minutieuses montrent théoriquement et pratiquement même qu'il ne franchit pas la porte des laboratoires. Violentez, si vous le pouvez, l'esprit du sujet endormi au point de lui faire accepter une suggestion criminelle; au moment de l'échéance fatale, le physique cédera et une attaque d'hystérie se substituera à la volonté de l'hypnotiseur. Car, il ne faut pas l'oublier, les sujets, chez lesquels il existe les stigmates insimulables de l'hypnotisme, *sont tous des hystériques. Pratiquement, chaque fois que l'hypnose a été portée devant les tribunaux, ses victimes, hommes et femmes, étaient tous des hystériques caractérisés.*

Pendant que M. Charcot poursuivait le cours de ses travaux, et qu'au point de vue médico-légal chaque nouvelle cause donnait raison à ses doctrines, M. Bernheim, professeur à la Faculté, fondait à Nancy, vers 1882, une *Ecole d'hypnotisme* et émettait des théories dont l'application était extraordinairement séduisante par les résultats qu'on en pouvait tirer; nous allons en juger. Ces théories étaient du reste le contre-pied de l'enseignement de Paris.

L'hypnotisme n'est plus une névrose, une modification de l'organisme dans un sens pathologique ; c'est un état physiologique et le sommeil provoqué ne diffère de l'état normal qu'en ce qu'il rend le sujet plus apte à recevoir la suggestion (1).

La suggestion ! ce mot magique explique tout. Vous endormez un sujet malgré lui, en frappant un coup de gong à l'improviste : suggestion ; pendant l'état léthargique, vous faites contracter les muscles de l'avant-bras en pressant exactement sur le nerf cubital : suggestion ; les tracés respiratoires de la catalepsie, les modifications des excreta urinaires : suggestion (2), auto-suggestion ; tout

(1) « Il ne faudrait pas croire, dit M. Bernheim, que les sujets impressionnés soient tous des névropathes, des cerveaux faibles, des hystériques, des femmes ; la plupart de mes observations se rapportent à des hommes que j'ai choisis à dessein pour répondre à cette objection. » (*De la suggestion*, 2e éd., 1888). Comme si les hommes ne payaient pas un lourd tribut à l'hystérie ! Que M. Bernheim relise donc à ce propos son observation VI ! Il est donc bien entendu que les observations rapportées par M. Bernheim sont démonstratives et que la majorité des sujets qu'il endort ne sont pas des névropathes. Analysons donc ces faits probants. Ils sont au nombre de 105, comprenant 61 hommes et 44 femmes, et se répartissent ainsi qu'il suit, d'après M. Bernheim lui-même : A. Affections organiques du système nerveux, 10. — B. Affections hystériques, 17. — C. Affections névropathiques, 18. — D. Névroses diverses, 15. — E. Parésies et paralysies dynuriques, 3. — F. Affections gastro-intestinales, 4. — G. Douleurs diverses, 12. H. Affections rhumatismales, 19. — I. Paralysies, 5. — J. Troubles menstruels, 2. Et M. Bernheim, après une telle énumération, affirme que ses sujets ne sont pas en majorité des *névropathes*, puisqu'il veut bien employer cette expression. Est-ce que 70 sur 105 de ses malades ne sont pas des *nerveux* au premier chef ? Que serait-ce donc si les sujets n'avaient pas été « choisis à dessein pour répondre à cette objection ? »

(2) Il est singulier de voir que jamais, dans ses nombreuses publications, M. Bernheim n'a dit un mot sur les *troubles de la nutrition dans l'hypnose* (Strubing: *Archiv. fur kl. Med.*, Bd 27, p. 3. — Brock. *Ueber stoffliche Veranderungen bei der Hypnose. Deut. med. Woch.*, 1880, n° 45. — Gürtler. *Ueber Veranderungen im Stoffwechsel unter dem Einfluss der Hypnose.* Inaug. Diss., Breslau, 1882. — Gilles de la Tourette et Cathelineau. *La nutrition dans l'hypnotisme. Progrès médical*, 26 avril 1890 et *Ibid.* 20 décembre 1890, réponse à MM. A. Voisin et Harant). Il est, en effet, fort difficile de soutenir que l'abaissement du taux du résidu fixe, de l'urée et des phosphates, et l'*inversion de la formule* de ces derniers sont des phénomènes d'ordre suggestif.

est suggestion, à commencer par l'hémianesthésie hystérique, les zones hystérogènes et les 4 périodes de la grande attaque (1).

Et ce n'est plus par les seuls hystériques, comme à la Salpêtrière, que la suggestion agit. M. Bernheim se fait fort de suggestionner les 9/10 des malades de son service de clinique (2); tuberculeux, brightiques, rhumatisants, etc., etc.

Entre les mains du professeur de Nancy, la suggestion acquiert une portée énorme; le domaine des affections dynamiques ne lui suffit plus. Les élèves accourent de toutes parts et volent sur les traces du maître qu'ils devancent peut-être, et alors, dans tous les coins du monde, de l'Ancien et du Nouveau, se fondent des Ecoles secondaires où sont traitées avec un égal bonheur la chaude-pisse et les phlegmons (3), les bronchites et les hémorrhoïdes (4), l'hydropisie, le mal de Bright, l'aphasie, l'atrophie du nerf optique (5), etc., etc. Enfin, la panacée universelle est découverte, Mesmer est ressuscité, l'hypnotisme détrône le cubèbe et moralise les jeunes détenus (6) !

Au point de vue médico-légal, le seul qui nous intéresse véritablement aujourd'hui, l'Ecole de M. Bernheim ne reste pas inactive; elle a pour représentant attitré M. Liégeois, professeur à la Faculté de droit de Nancy, qui, lui aussi, dans son domaine, tient haut et ferme le drapeau de la suggestion. Sous son influence, on peut faire commettre des actes délictueux et criminels sans nombre, faire signer de faux testaments, empoisonner toute une famille. La suggestion est l'épée de Damoclès constamment suspendue sur nos têtes. Qu'on en juge plutôt: « En attendant que la lumière se fasse, dit M. Liégeois (7), les personnes qui rêvent à haute voix et qui semblent *a priori* plus hypnotisables que les autres, agiront prudemment en ne regardant pas trop longtemps et avec trop grande fixité des étrangers, des inconnus, avec lesquelles elles se trouveraient seules, par exemple, dans un compartiment de chemin de fer. »

Le nombre des hypnotiseurs-amateurs augmentant tous les jours, on s'étonne véritablement comment on ose encore sortir de chez soi.

Pendant ce temps, et sans se laisser déborder par l'enthousiasme qui accueillait les doctrines si faciles de l'Ecole de Nancy, la Salpêtrière poursuivait le cours de ses travaux, essayant de guérir (1) les victimes des Hansen et des Donato, auxquels M. Liégeois (2) pense « qu'on doit une certaine reconnaissance pour la part qu'ils ont prise à la propagation de l'hypnotisme. »

Restant uniquement sur le terrain scientifique, contrôlant au point de vue médico-légal ses théories par les faits qui lui étaient fournis par M. Brouardel, elle répondait à M. Liégeois: « Mais tous ces crimes, commis par les somnambules, dont vous parlez tant, montrez-nous-en donc un seul, un véritable par exemple, et alors nous verrons à être convaincus. »

Et M. Liégeois de répondre, poussé dans ses derniers retranchements: « En vérité, faudrait-il donc, pour faire prendre au sérieux la suggestion, apporter à nos contradicteurs un crime réel, un cadavre véritable ? Cela nous ne pouvons le faire, on le sait bien, et alors on s'empresse d'en triompher (3). »

C'est sur ces données que s'ouvrit le premier *Congrès de l'Hypnotisme* qui se tint à Paris, au mois d'août 1889.

Là encore, pas de cadavre; des expériences, des crimes de laboratoire. On eut beau épiloguer sur l'affaire La Roncière Le Noury, Ulysse X., Emile D., tous sujets hystériques agissant *spontanément* (4) dans une période somnambulique de leur affction, il sortit net des débats que le crime sur l'hypnotisée, le viol, était seul démontré dans l'état actuel de la science hypnotique.

M. Liégeois affirma bien que certaine Annette G... — son avocat le lui avait dit — avait volé par suggestion une couverture de trois francs, mais la malade, hystérique comme toujours, et de plus morphinomane, placée en observation dans le service de M. Charcot, fut reconnue comme étant réfractaire à l'hypnotisme.

C'était un échec, à n'en pas douter. Enfin, la suggestion — au criminel — n'était peut-être pas aussi terrible que Nancy l'avait faite. Débarrassé de ce cauchemar, on allait pouvoir respirer un peu lorsque, fortune inespérée, l'affaire Gouffé vint remettre toute la question sur le tapis. Et quel public on allait avoir: le grand public, qui juge sainement, lui, à l'inverse des médecins qui, eux, sont « remplis de préjugés (5). » Et là, on ne pouvait le nier, il y avait un cadavre véritable, à moins que M. Lacassagne, suggestionné à son tour, n'eût disséqué un huissier fictif.

Le thème adopté par l'École de Nancy était suivant le canevas, rempli par M. Bernheim lui-même (6) :

« Gabrielle Bompard est éminemment suggestible : elle est certainement hypnotisable. Mais le sommeil provoqué n'est pas nécessaire pour éveiller sa suggestibilité, celle-ci est na-

(1) Voy. Bernheim: *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*, in-8°, 1891, *passim* et particulièrement *Leçon IX*.

(2) M. Bitot, chef de clinique de M. le prof. Pitres, de Bordeaux, écrit (Note sur l'hystérie mâle. *Mercredi médical*, 21 janvier 1891, n° 3, p. 26). « L'hypnotisation a été tentée chez *tous* les malades (hommes hystériques). Pour l'obtenir, nous avons fait appel aux divers procédés indiqués. Grande a été notre déception de voir l'inefficacité de nos tentatives réitérées chez 21 malades sur 22 ! Si nous n'avions auparavant hypnotisé pas mal d'hystériques femmes, quand nous prenions leurs observations, nous eussions volontiers mis nos insuccès sur le compte de notre inexpérience. Néanmoins, voulant n'avancer que des faits précis, nous avons maintes fois livré nos malades à d'autres mains plus habiles que les nôtres. Elles ne réussirent pas davantage. Dès lors notre opinion fut arrêtée et nous considérâmes comme trop hasardée la doctrine de ceux qui accordent à tous les tempéraments, même en dehors des névropathes, la possibilité d'être hypnotisés. Nous n'aurions pas mieux demandé, d'ailleurs, que d'arriver à un résultat, car c'eût été une grande satisfaction que de guérir par suggestion plusieurs sujets dont l'état est resté stationnaire. »

(3) Fontan et Segard (Toulon). *Eléments de médecine suggestive*, Paris, 1887, p. 110 et suivantes.

(4) Osgood (Boston). The therapeutic value of suggestion during the hypnotic state; with an hystorical sketch of hypnotism and reports of thirty four cases. — *The Boston medical and surgical Journ.*, n°s 18 et 19, 1890, cas 10, 14, 15, etc.

(5) Weterstrand (Stockholm), van Reuterghem, van Eeden (Amsterdam). *Revue de l'Hypnotisme*, 3e année, 1889, p. 146 et *Comptes rendus du 1er Congrès international de l'Hypnotisme*, p. 69, 79, etc.

(6) Bérillon. *Comptes rendus du 1er Congrès de l'Hypnotisme*, p. 157.

(7) *De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et criminel*, Paris, 1884, p. 69.

(1) Charcot. *Accidents hystériques graves survenus chez une femme à la suite d'hypnotisations pratiquées par un magnétiseur dans une Baraque de fête.* — *Revue de l'Hypnotisme*, 1888, p. 3, etc.

(2) *De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale*, 1889, p. 728.

(3) *Ibid.*, p. 637.

(4) Il est singulier de voir la confusion que M. Liégeois établit sans cesse pour soutenir ses théories avec les états *spontanés* (*états seconds* ou accès *spontanés* de somnambulisme hystériques) qui n'ont absolument rien à faire avec l'hypnotisme et la suggestion, et les *états provoqués*, les seuls dont il devrait légitimement se préoccuper dans la matière. Ce n'est pourtant pas faute de le lui avoir fait remarquer à plusieurs reprises.

(5) *Ibid. Introduction*, p. V.

(6) *Revue de l'Hypnotisme*, 1889-1890, 3e année, p. 266.

turellement développée. Elle s'est donnée corps et âme à Eyraud, homme d'affaires vermoulu, beaucoup plus âgé, vivant d'expédients; elle qui est jeune, agréable et faite pour réussir dans le demi-monde, elle reste sous la domination d'un être qui l'exploite, qui la bat, peut-être. Docile à ses suggestions, elle se laisse aller à lui amener l'huissier qu'il veut assassiner; elle assiste au meurtre, elle y collabore, elle aide à le ficeler, à coudre le sac où on met le cadavre; elle passe la nuit avec le cadavre... »

Et sur la demande du défenseur de l'inculpée, M. Liégeois — au caractère et à la conviction duquel nous sommes heureux de rendre un public hommage — accepte de se rendre à Paris aux lieu et place de M. Bernheim empêché. En pleine communauté d'idées avec ce dernier, il le prétend, du moins (1), il va s'efforcer de confondre le rapport des experts qui ont conclu que la suggestion n'avait que faire dans ces débats et que Gabrielle Bompard était parfaitement responsable du crime qui lui était reproché.

Il vient et, devant la Cour et le jury, réédite dans ses grandes lignes le plaidoyer qu'il avait déjà infructueusement prononcé au *Congrès de l'hypnotisme* sur la suggestion criminelle. Des faits probants, il n'en a pas à exposer plus qu'à cette époque; des crimes de laboratoire, par exemple, ses mains en sont pleines. Puis il se livre à une dissertation — que nous nous permettrons de trouver scientifiquement fantaisiste — sur la *condition seconde* qui est « *et je suis, dit-il, je crois, le premier* (2) *qui s'en soit aperçu, l'état spécial dans lequel des crimes ont pu être commis*, soit dans la suggestion hypnotique, soit dans la suggestion à l'état de veille (3). » Gabrielle Bompard a été mise en état second par Eyraud, c'est pourquoi elle ne se souvient pas d'avoir été hypnotisée par lui; c'est en condition seconde qu'elle a commis son crime, qui est un crime par suggestion dont elle est irresponsable. Ainsi s'effondre le rapport des experts.

Ah ! vous parlez de condition seconde, répond M. Brouardel, avec cette éloquence nette et incisive qui lui est si particulière, mais, puisque vous avez si bien étudié cet état, vous ne devez pas ignorer que c'est un véritable somnambulisme provoqué ou spontané.

Et le somnambule, — c'est votre Ecole qui l'enseigne — n'est-ce pas un véritable automate qui, s'il a accepté une suggestion, va droit au but « comme la pierre qui tombe» sans ambages, avec l'abnégation entière de sa personnalité, indépendamment de toute initiative. Le crime en somnambulisme! mais c'est plus encore que dans le drame antique l'unité de temps, de lieu et d'action qui doit présider à sa consommation, sous peine d'échec absolu. Aussi, pour ma part, « je ne connais comme ayant été accomplis sous l'influence de la suggestion que des actes très simples. »

« Or Eyraud part dans les derniers jours de juin pour Londres. Gabrielle Bompard reste à Paris, va louer un petit rez-de-chaussée, rue de Berne ; elle débat les conditions du louage, verse des arrhes; elle va à Londres; elle retrouve Eyraud ; elle revient seule, puis retourne à Londres, ramène Eyraud, va louer avec lui rue Tronson-Ducoudray.... Ne voyez-vous pas là des faits admirablement combinés et soutiendrez-vous sérieusement que, pendant tout ce temps, elle était dans un état second ?

« Maintenant on dit : Il est possible qu'Eyraud, fort au courant des pratiques hypnotiques, lui ait défendu de se souvenir (1). »

Pourquoi alors raconte-t-elle avec une précision si extraordinaire tous les détails du crime. Eyraud, si suggestion il y a, aurait au moins commencé par lui suggérer qu'il n'était lui-même pour rien dans son accomplissement.

« La vérité, c'est que, lorsque deux personnes vivent ensemble, l'une a sur l'autre une certaine influence.

« Voyez jusqu'où l'on peut aller avec vos théories. J'ouvre le livre de M. Bernheim. Qu'est-ce que j'y trouve? Que Troppmann avait commis son crime sous l'influence d'une autosuggestion, parce que, dans son enfance, il avait lu une scène semblable dans un roman de Ponson du Terrail. Dans le même livre, je vois, au sujet de l'affaire Fenayrou, que Mme Fenayrou a agi d'abord sous la suggestion d'Aubert, puis sous la suggestion de son mari... Et la conclusion c'est qu'elle n'y était pour rien. Elle cédait d'un côté, elle cédait de l'autre. Voilà toute la suggestion. »

Gabrielle Bompard est dans ce cas. — Vous ne nierez pas, m'a-t-on dit, qu'elle ait été autrefois endormie et hypnotisée. Certainement non. — M. le Dr Sacreste lui suggérait de se bien conduire, vous voyez combien la suggestion a été efficace. — Mais, répond le témoin, si elle n'obéissait pas, « c'est qu'il y avait en présence deux influences contraires ; la mienne qui cherchait à la ramener au bien et celle du négociant de Lille qui l'en détournait. »

« C'est cela, répondrai-je : Elle a été tout naturellement à la suggestion qui lui était la plus agréable. Je n'ai jamais dit autre chose (2). »

La cause était entendue, et dans un magnifique réquisitoire que nous n'apprécions qu'au point de vue scientifique, M. Quesnay de Beaurepaire, établissant entre les doctrines de l'Ecole de Paris et de l'Ecole de Nancy un parallèle qui n'était pas à l'avantage de cette dernière, adoptait complètement les opinions de nos éminents maîtres.

Phénomène singulier, *la défense*, qui avait elle-même amené les experts et l'accusation sur ce terrain mobile de l'hypnotisme médico-légal (lequel a beaucoup mieux à faire de se recueillir que de se livrer en pâture à un public incompétent), jetait à son tour par-dessus bord les théories de l'Ecole de Nancy sur lesquelles elle avait fondé tant d'espoir. Qu'on en juge plutôt :

« Vous avez tous demandé à la fille Bompard, s'écriait l'honorable défenseur (3), comment les choses se sont passées. Moi

(1) M. Bernheim semble depuis avoir complètement renié M. Liégeois, car il prétend maintenant « qu'en réalité, dans le procès Gouffé, la question n'a nullement porté sur les doctrines divergentes des deux Ecoles » (*Temps*, 29 janvier 1891). *Cette affirmation paraîtra absolument extraordinaire à tous ceux qui ont lu ou suivi les débats ;* nous apprendrons bientôt que M. Liégeois était venu pour soutenir ce rapport des experts de Paris.

(2) Il est singulier de voir la façon dont on écrit parfois l'histoire. L'Ecole de Nancy daterait de 1866, époque à laquelle un modeste praticien de cette ville, M. Liébeault, publia un livre, véritable code de la suggestion. Il est vrai que jusqu'en 1881-1882, « les assertions de M. Liébeault ne trouvèrent que des incrédules. » (Bernheim. *De la suggestion*, 1886, p. II). C'est à peu près comme si M. Liébeault se disait le continuateur de l'abbé Faria, auquel il a emprunté sa doctrine et ses procédés suggestifs. Au point de vue médico-légal, l'Ecole de Nancy reconnait d'abord M. Liébeault (1866), puis...... M. Liégeois (Ac. *des sciences*, 1884). Impossible d'obtenir de M. Liégeois, dans ses diverses publications, ainsi que le lui a reproché publiquement M. Guermonprez (*C. R. Congrès de l'Hypn.*, p. 268), de citer l'œuvre de Charpignon: *Rapports du magnétisme avec la jurisprudence et la médecine légale*, 1860. Il est vrai que les opinions de cet auteur vont juste, la plupart du temps, à l'encontre de celles de M. Liégeois. Nous pouvons cependant concéder à ce dernier que personne ne lui contestera la priorité de l'idée qu'il se fait de l'*état second*.

(3) *Gazette des Tribunaux*, 20 déc. 1890.

(1) *Gazette des Tribunaux*, 20 décembre 1890, p. 1,214, 3e col.

(2) *Gazette des Tribunaux*, 19 décembre 1890, p. 1,211, 2e col.

(3) *Gazette des Tribunaux*, 21 décembre 1890, p. 1,219, 3e col.

je vais vous le dire. Gabrielle Bompard a voulu exécuter l'ordre qu'elle avait reçu. Elle avait entre les mains la cordelière, elle s'est avancée, mais elle n'a pu réaliser l'acte criminel... *A ce moment elle a eu une attaque de nerfs,* et alors Eyraud s'est jeté sur Gouffé et l'a étranglé. »

L'attaque d'hystérie terminale, mais c'est là l'enseignement de la Salpêtrière!

Conclusion : vingt ans de travaux forcés de la part du jury réfractaire aux suggestions de M. Liégeois. Et un auteur que l'Ecole de Nancy ne suspectera pas en pareille matière, résumant les débats (1), s'exprimait ainsi. « L'intervention de M. Liégeois a-t-elle été utile à l'accusée ? sur ce point les avis sont partagés. Mais l'impression générale est que les doctrines de l'Ecole de Nancy ont essuyé, sur le terrain juridique, une défaite, d'autant plus regrettable que rien ne justifiait en cettte occurrence la nécessité de livrer la bataille. Elle n'a plus qu'à attendre qu'une occasion favorable, qu'un crime qui soit manifestement le résultat d'une suggestion criminelle, lui permette de prendre une revanche éclatante. Jusqu'à ce moment elle doit se recueillir, compléter ses recherches par de nouvelles expériences, affirmer son existence et sa vitalité par des travaux qui défient toute critique. »

Sages conseils, car la science n'a rien à gagner à de pareils débats! GILLES DE LA TOURETTE.

Ecole d'Anthropologie. — Cours d'Anthropologie physiologique : M. le Dr Laborde.

Le Président actuel de la Société d'Anthropologie a ouvert son cours dans la salle de l'Ecole, au Musée Dupuytren, le mercredi 28 janvier, à 4 h., et le continuera les mercredis suivants à la même heure.

Donnons d'abord une idée de ce cours et expliquons le titre : ce qui nous sera facile en suivant l'exposé même du professeur. Quand on considère le chemin fait par la Société, depuis que Paul Broca l'a fondée en 1876 avec le concours de cinq professeurs seulement, on reste stupéfait de la place qu'a prise cet enseignement libre et indépendant au milieu des complications de notre organisation actuelle si hautement hiérarchisée et dont les programmes d'enseignement perdent en largeur de vue ce qu'ils gagnent en netteté. C'est qu'il se trouve heureusement toujours à Paris un grand nombre d'esprits curieux de recherches fondées uniquement sur le libre examen, annoncées et discutées en public, lors même que les grands résultats paraissent encore indécis, en un mot, apportées toutes fraîches, parfois avec le charme de l'inachevé. devant des auditeurs qui ont rompu avec toute routine. L'Anthropologie, suivant le mot de Broca, c'est la Biologie du genre humain ; la Médecine n'est qu'une petite partie d'un ensemble aussi vaste ; il nous y faut, de toute nécessité, créer des divisions. Celle que M. Laborde a choisie, c'est l'Anthropologie physiologique ou la physiologie de l'homme vivant, et, pour pousser plus loin l'analyse, la physiologie cérébrale. Il n'a pas manqué de mettre en son jour que cette science nouvelle pouvait revendiquer pour elle un vieux nom que la métaphysique avait démonétisé, celui de Psychologie. Mais les procédés actuels sont bien différents de ceux des philosophes anciens ou même modernes. Loin de vouloir conquérir d'emblée l'absolu, par l'observation du Moi, nous employons une méthode sûre, celle que nous devons à Claude Bernard, la méthode expérimentale. Nous observons les faits et nous essayerons d'en faire le déterminisme. Mais la vivisection n'est pas la seule ressource ; la biologie comparée, la pathologie humaine, dont l'Ecole de la Salpêtrière a montré toute la valeur, seront tour à tour utilisées. Ainsi, l'on pourra chercher à démontrer le mécanisme des actes instinctifs et intellectuels et à comprendre cette loi de la perfectibilité qui mène les espèces. M. Laborde a commencé son cours par l'étude de l'automatisme et des réflexes. Devant un auditoire où les médecins sont en minorité, il a refait, sans crainte de représailles antivivisectionnistes, les expériences fondamentales qui permettent à chacun de se rendre compte des grands phénomènes évoqués, et de suivre le cours avec profit. Nous ne rappellerons pas ces expériences qui sont familières à nos lecteurs ; disons seulement que le professeur a montré la différence qui existe entre l'acte réflexe, fatal, et l'acte volontaire, spontané. Qu'il a établi, par les animaux qu'il présentait, et qu'il s'est borné à interpréter, que la spontanéité est une fonction du cerveau et du cerveau antérieur.

Cette étude scientifique et expérimentale des actes intellectuels est extrêmement laborieuse ; c'est un programme vaste, mais bien loin d'être déblayé. Il y fallait un professeur convaincu et enthousiaste, d'une habileté opératoire parfaite, puisque le cours s'appuie sur des expériences, et que celles-là sont peut-être les plus difficiles de la physiologie. L'Ecole ne pouvait mieux choisir, et tout le monde aura, croyons-nous, intérêt à suivre ce cours, auquel rien ne répond dans notre enseignement, fait par un homme passé maître en la matière.

(1) *Revue de l'Hypnotisme*, 5e année, 407, janvier 1891 : L'*Hypnotisme à la Cour d'assises*, par E. Bérillon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. CH. RICHET.

M. BONNIER dépose une note de M. DEVAUX sur l'*asphyxie par submersion chez les plantes et chez les animaux.* Quand on immerge une plante, c'est, comme pour l'animal, par la suppression des échanges gazeux avec l'air extérieur que l'asphyxie arrive. Les tissus décomposent les matières sucrées pour suppléer à l'absence d'air ; et la respiration moléculaire qui s'établit ainsi peut retarder la mort, mais elle arrive toujours par asphyxie.

MM. STRAUS et COLLIN présentent une *seringue de Pravaz stérilisable*, qu'ils pensent appelée à se substituer à toutes les autres, non seulement pour les recherches de laboratoire, mais aussi pour les injections hypodermiques dans la pratique médicale courante. Cette seringue est un perfectionnement de celle qu'ont présentée MM. Straus et Collin il y a cinq ans à la Société de Biologie. Cette seringue est construite sur le modèle d'une seringue de Pravaz ; mais le piston est un cylindre en moelle de sureau, bien décortiqué et modérément tassé. A l'aide d'un dispositif spécial, ce piston peut être comprimé à volonté par le rapprochement de deux disques métalliques actionnés par une vis, sans qu'on ait besoin de démonter la seringue ni de toucher directement au piston. De plus, dans la seringue de Pravaz ordinaire, entre chaque extrémité du cylindre de verre et la monture métallique, est interposée une rondelle de cuir qui assure l'herméticité, mais qui, comme le piston de cuir lui-même, ne supporte pas l'action de la chaleur. MM. Straus et Collin remplacent ces rondelles de cuir par des rondelles de moelle de sureau fortement tassée. L'instrument ainsi constitué se compose donc exclusivement de métal, de verre et de moelle de sureau. Il peut donc, en toute sécurité, se stériliser par la chaleur humide en le faisant simplement bouillir dans l'eau ou à l'autoclave. L'humidité gonfle la moelle de sureau, et l'herméticité de la seringue est assurée par la stérilisation, qui est inapplicable aux seringues contenant du cuir. Le principe de la moelle de sureau a été repris par différents auteurs, en particulier par M. Roux, dont la seringue est un compromis entre celle de M. Straus et celle de Koch, mais elle a une partie des défauts de cette dernière, et en particulier la fragilité de l'embout de verre.

M. D'ARSONVAL. — *Sur les effets physiologiques de l'électricité.* — En se soumettant à un bain d'électricité statique, on constate que les combustions respiratoires sont augmentées dans des proportions qui ne sont pas du tout

négligeables. Les expériences sur les animaux donnent des résultats encore plus marqués que sur l'homme. Pour les courants interrompus, il y a de très grandes variations. Quand ils sont employés de façon à ne pas gêner l'action respiratoire, l'acide carbonique expiré augmente ; et en se servant de machines qui fournissent des courants interrompus insuffisants pour amener la contraction musculaire, cette augmentation est encore accrue.

M. Ch. Richet rapporte les résultats des *injections de sérum de sang de chien* faites par ses préparateurs, MM. Héricourt, Langlois, St-Hilaire, sur les tuberculeux. Un tuberculeux soumis à ces injections, depuis le 6 décembre dernier, a augmenté de 4 kil. 500. Un malade de M. Langlois, vieux tuberculeux atteint d'une eschare fessière, s'est également trouvé très amélioré. M. St-Hilaire a pu suivre progressivement l'amélioration de l'état local dans deux cas de tuberculose laryngée. M. Richet n'ose pas croire encore que ce soit une amélioration définitive, mais il met en relief l'innocuité complète du procédé. Les injections ont été faites d'abord tous les trois jours, puis tous les deux jours, à deux centigrammes par jour.

M. Laveran présente un *barbotteur à gélatine* dont il se sert pour l'analyse bactériologique de l'air. Al. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 janvier 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Ollivier lit un rapport sur un travail de M. Chaumier (de Tours) sur les *tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.* — L'indépendance de ces tumeurs avec la scrofule ne paraît pas évidente au rapporteur. L'âge de leur apparition est surtout avant 7 ou 8 ans, au plus tard, et elles tendent à disparaître vers 20 ans. L'orateur repousse l'opinion de M. Chaumier qui voit dans ces tumeurs la cause des terreurs nocturnes de certains enfants. Le pronostic est sérieux car elles entraînent la perte de l'audition, l'arrêt du développement intellectuel, et entretiennent des bronchites à répétition. Il faut donc rechercher leur existence pour les combattre de bonne heure.

M. Le Dentu lit un rapport sur un travail de M. Bra (de la Ferté-Alais), sur *sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations.* Comparant les divers procédés l'orateur rejette complètement la cautérisation au chlorure de zinc, au moyen de cylindres de pâte Canquoin, parce qu'elle expose trop à l'atrésie consécutive du col, et peut rendre l'accouchement impossible. Il préfère sous tous les rapports le curettage aux cautérisations par le chlorure de zinc.

M. Polaillon demande si M. Le Dentu a une expérience personnelle de ce dernier procédé.

M. Le Dentu dit que non, mais qu'il s'appuie pour le critiquer sur les opinions des autres auteurs.

M. Polaillon pense que M. le Dentu est trop sévère pour le chlorure de zinc et qu'avant de le blâmer il serait préférable de l'expérimenter soi-même.

M. Budin insiste également sur les dangers du chlorure de zinc.

M. Hervieux prend la parole sur la *vaccination obligatoire* et cherche à réfuter les opinions de M. Le Fort que l'isolement est le seul remède efficace contre la variole, et que l'obligation de la vaccination est impuissante. Cependant l'expérience de notre armée et de l'Allemagne prouve le contraire. L'isolement n'agit que sur les épidémies déclarées, tandis que la vaccine prévient le mal et évite l'isolement. De plus, les mesures d'isolement et de désinfection rencontreront certainement une plus vive résistance que la vaccination obligatoire. Il conclut à l'adoption de cette dernière.

M. Brouardel reconnaît l'utilité de l'isolement et de la désinfection, mais c'est insuffisant. L'isolement est peu praticable, la désinfection difficile. La propagande pour la vaccination est même difficile car 29.000 communes manquent de médecin et de pharmacien. Il faut pour juger d'après les statistiques les faire porter sur un assez grand nombre d'années, car après chaque épidémie la mortalité diminue toujours dans les années suivantes. Quant aux accidents de la vaccination, ce sont choses dont on parle sans jamais pouvoir citer des faits. Quant au droit d'imposer un vaccin inoffensif à quelqu'un, il est beaucoup moins attaquable que celui de séquestrer un malade et de le forcer à mourir loin des siens. Comment regarder comme attentatoire à la liberté la vaccination obligatoire, et non l'isolement et la désinfection obligatoires?

M. Guéniot présente un fœtus à terme, mort-né, et qui, outre des *vices de conformation nombreux* (anencéphalie, absence des organes génitaux externes, six doigts à chaque main et six orteils à chaque pied), présentait deux gros *kystes séreux du foie.* Les deux reins étaient également très volumineux. Cet enfant est le huitième d'une mère âgée de 39 ans et qui a épousé son neveu âgé de 36 ans, atteint de dipsomanie et d'absinthisme. La conception a eu lieu en état d'ivresse du mari.

Elections. — Sur le rapport de M. Nocard la liste de présentation des candidats à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Weber; 2° M. Railliet ; 3° M. Barrier ; 4° MM. Benjamin, Kauffmann et Mégnin.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 janvier 1891. — Présidence de MM. E. Labbé et Dumontpallier.

M. Comby a observé récemment 3 cas de *paralysie obstétricale des membres supérieurs.* — Ces paralysies, dites radiculaires, reconnaissent pour cause une compression ou une élongation du plexus brachial qui résultent de certaines applications de forceps, de manœuvres de version ou de dégagement des épaules avec le doigt ou le crochet. Erb a montré que ces violences aboutissent à une lésion des 5e et 6e nerfs cervicaux en un point voisin du tubercule carotidien. La paralysie, comme l'a remarqué Duchenne, peut porter seulement sur les muscles (deltoïde, sous-épineux, biceps, coraco-brachial) ou bien être totale. Les 2 premiers cas observés sont identiques à ceux que l'on connaît déjà. Le premier, traité dès le début par la faradisation, a guéri en 15 jours. Le second, traité seulement après 6 mois, n'a été que peu amélioré par l'électrisation. Le troisième cas est plus intéressant, il s'agit d'un enfant de 6 mois dont la mère rachitique avait eu 6 accouchements terminés de la même façon : présentation du siège, tractions énergiques, naissance de l'enfant en état de mort apparente ; les cinq premiers ne furent pas ranimés, le sixième vécut, après plusieurs heures d'insufflation et de flagellation, mais il conserva une paralysie absolue des deux membres supérieurs que ne purent guérir ni la faradisation, ni les frictions, ni le massage, ni les bains excitants ; la sensibilité est abolie comme la motricité. Il est probable que cette diplégie persistera autant que la vie du malade, qui restera infirme. Cela d'ailleurs ne doit pas surprendre, car Duchenne avait fait déjà des réserves sur le pronostic et les résultats qu'on pouvait attendre de la faradisation dans ces cas. D'autres ont préconisé les courants continus, auxquels on peut joindre le massage, les frictions excitantes, les bains salés, etc.; mais le pronostic doit rester réservé dans un certain nombre de cas.

M. Joffroy pense que quand l'électrisation faradique ne réussit pas, on peut retirer des avantages de l'emploi des courants continus, car la contractilité galvanique persiste dans les muscles paralysés plus longtemps que la faradique et même, quand elle a aussi disparu, on peut la rappeler par l'usage des courants galvaniques sans secousses. Le pronostic est donc meilleur que ne semble le penser M. Comby.

M. Hayem pense comme M. Comby, car il a vu plusieurs cas soignés par un électricien tout à fait compétent rester sans amélioration. L'affection est donc assez sérieuse.

M. Comby. — Pour mes 3 cas, deux semblent bénins ; pour le 3e je ne crois pas la guérison possible.

M. Joffroy. — Je dis que le pronostic est plus bénin qu'on ne veut dire. On peut quelquefois obtenir la guérison après un traitement prolongé. De là à dire que tous les cas guériront, il y a loin.

La Société se forme en comité secret. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance générale du 28 janvier 1891. — Présidence de M. Horteloup.

M. Terrier prononce une courte allocution avant de prendre place au fauteuil présidentiel. On a dit que la Société de Chirurgie devait avoir un rôle surtout modérateur. Tel n'est pas son avis. Son but, d'après lui, doit être bien plutôt de reculer autant que possible les bornes de la science chirurgicale. Avant de terminer, il rappelle les vides que la mort a faits dans cette Société, la plus active des Sociétés savantes, non subventionnées, de Paris. Les noms de MM. U. Trélat, G. Monod père suffisent pour indiquer quelle perte a éprouvée cette année la docte compagnie.

M. Marchand, secrétaire, lit, suivant la coutume, un *exposé des travaux de la Société pendant l'année* 1890.

M. Kirmisson, secrétaire général, fait connaître le résultat des concours de cette année et indique les prix à distribuer en 1891. Prix de 1890. (*Prix Duval*) (Thèse): M. le Dr Reboul (de Marseille). — *Prix Laborie.* Le prix n'est pas décerné. Un seul mémoire ayant concouru, un encouragement de 300 fr. lui est accordé. L'auteur est M. le Dr Legrain, médecin militaire.

Prix pour 1891 : *Prix Duval* (Thèses). — *Prix Laborie.* Le sujet en sera déterminé ultérieurement. — *Prix Demarquay.* Traitement chirurgical des calculs biliaires. — *Prix Gerdy*: Cure radicale des hernies ombilicales. — Les mémoires pour les prix doivent être envoyés avant le 1er novembre 1891 (1). M. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 janvier 1890. — Présidence de M. Vigier.

M. Vigier a pu dissoudre du *phosphore* dans de l'essence de térébenthine. Il est certain que la solution du Ph. dans le *Rétinol* pourra remplacer l'huile phosphorée.

M. C. Paul. — Tout bon dissolvant du Ph. est utile ; ce dont j'ai surtout parlé, c'est de l'absence de notion que nous avons de la saturation de l'économie par le Ph. Les accidents graves surviennent avant qu'on ne soit averti. Il en est de même pour la digitale. La térébenthine, présentée comme dissolvant du phosphore, est détournée de son interprétation primitive. M. Freycinet avait rapporté que, dans les fabriques d'allumettes chimiques en Angleterre, les ouvriers avaient devant eux un récipient contenant de la térébenthine, ce qui empêchait la nécrose phosphorée. Cette essence a donc été utilisée comme absorbant des vapeurs de phosphore et comme médicament interne, pour empêcher les accidents du côté du foie.

M. Vigier. — Chaque fois que l'on donne 8 milligr. de phosphore à un lapin pesant 3 kilogr, il meurt; quand on lui en donne 7 milligr. 1/2, il est malade 8 jours et ne meurt pas. Pour tuer le même lapin, il lui faut donner 64 milligr. de phosphure de zinc. Dans ces conditions, je donnais 8 milligr. de phosphore au lapin de 3 kilogr., et je lui donne de l'essence de térébenthine, le lapin meurt. Si on dissout 8 milligr. de phosphore dans de l'essence de térébenthine, il meurt de même. L'essence de térébenthine du commerce n'agit pas mieux. Les personnes qui ont été sauvées d'empoisonnement par le phosphore, par l'essence de térébenthine, c'est qu'elles ont vomi en partie le poison.

M. F. Vigier. — On ne peut pas comparer ce qui se passe dans une bouteille avec ce qui se passe dans l'estomac. J'ai absorbé du rétinol phosphoré et ma respiration contenait des vapeurs de phosphore.

M. Bardet présente des échantillons de *piperasidine* obtenus par Lonemburg. Elle a été considérée comme analogue à la spermine. Les réactions sont semblables, sauf la différence de solubilité des phosphates des 2 corps. On s'est servi de cette substance comme excitant général. Elle forme des urates très solubles. Il serait intéressant de savoir si on ne pourrait pas l'essayer chez les graveleux pour diminuer les dépôts d'acide urique. On peut en faire absorber de 80 centigr. à 1 gr., sans danger. J'ai essayé de faire des injections chez un goutteux ayant de volumineux tophus ; les urines étaient moins chargées, mais les tophus n'ont pas changé.

M. Vogt. — J'ai pris de la piperasidine ; M. Vigier a trouvé dans l'urine une augmentation de l'urée et une diminution de l'acide urique ; je n'ai pas remarqué l'action excitante de cette substance.

M. Kinkler. — La perpérandine et la spermine n'ont pas la même odeur.

M. Boimont. — A-t-on utilisé en thérapeutique la propriété qu'ont l'acide borique et les borates de dissoudre l'acide urique.

M. F. Vigier. — La perpérandine agirait dans l'économie comme le bicarbonate de soude sur l'acide urique.

M. Fernet lit une communication sur le *traitement de la pleurésie purulente.* Nous sommes tous d'accord sur l'utilité d'une ponction exploratrice avant l'opération de l'empyème, en prenant toutes les précautions antiseptiques. M. Bucquoy pense qu'il faut opérer d'emblée, tandis que M. Moutard-Martin est d'avis que certaines pleurésies purulentes peuvent guérir par la ponction ; telles sont les pleurésies pneumococciques. Tel a été l'avis précédemment exprimé par Netter. Il est donc utile de connaître l'espèce de la pleurésie, par l'examen bactériologique du liquide ponctionné au début, avant d'opérer ; dans le cas de pleurésie pneumococcique, la ponction suffira. — Les guérisons sont devenues plus fréquentes, plus rapides depuis l'emploi de l'antisepsie. Je suis d'avis qu'il est préférable de faire le lavage après l'opération de l'empyème. Mais il faut rejeter les injections répétées, à moins qu'il ne persiste dans la plèvre des tissus d'infection. Le renouvellement du pansement a ses indications, suivant la quantité de liquide sortant de la plèvre.

M. Bucquoy. — Il ne faut pas me prêter une opinion aussi tranchée à propos de la nécessité de l'empyème. Nous assurons par l'empyème une guérison très rapide ; voilà pourquoi je préfère cette opération.

M. Fernet. — Au cours d'une suite de thoracotomie, le liquide doit devenir clair, transparent, sans pus. Si cependant elle persiste à avoir un aspect purulent, il est bon de faire des lavages. Dans les vieilles pleurésies purulentes chroniques, les lavages ne sont plus nécessaires.

M. Bucquoy. — Il est préférable de ne pas faire de lavages, pour ne pas décoller les adhérences ; qu'importe si la durée après l'opération est un peu plus longue, si la guérison est au bout. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 janvier 1891. — Présidence de M. Lagneau.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance. Discours de M. le Dr Lagneau, président sortant.

M. Chauveau prend le fauteuil de la présidence à la place de M. Lagneau.

M. Philbert demande que les *mesures de désinfection après maladies contagieuses soient imposées à la famille.* La proposition de M. Philbert ainsi qu'une proposition analogue de M. le Dr Deschamps sont renvoyées devant la Commission.

M. Henné, maire de la commune de Clichy, fait un rapport sur les *abattoirs communaux et communs* et la nécessité qu'il y a à supprimer les tueries particulières. Il demande que le décret qu'il a publié, interdisant ces tueries particulières, soit approuvé par M. le Ministre de l'Intérieur, ainsi qu'il a été fait précédemment pour des décrets semblables intéressant les communes contiguës de Levallois-Perret et de Neuilly.

Le rapport de M. Henné est renvoyé à la 5e commission et ses conclusions sont adoptées à l'unanimité.

M. Monod lit ensuite un long travail des plus consciencieux

(1) Le discours de M. Nicaise, président sortant, sera lu, par suite de l'absence de ce chirurgien, dans une séance ultérieure.

et des plus intéressants sur la *mortalité en Angleterre*. Par des statistiques aussi précises que détaillées, portant sur deux périodes décenuales, la 1re de 1861 à 1870, la 2e de 1880 à 1889, il tend à prouver que depuis le fonctionnement régulier et actif des commissions sanitaires, c'est-à-dire pendant la seconde période, la mortalité a considérablement diminué. surtout dans certaines maladies épidémiques. Pour chaque affection, rougeole, diphtérie, coqueluche, choléra, variole, scarlatine, fièvre typhoïde, il présente des graphiques très nets permettant de suivre clairement la marche descendante de chaque maladie. Il fait ressortir l'avantage des mesures sanitaires rigoureusement appliquées. Il cite ce fait que, depuis 1866, le choléra a à peu près disparu de l'Angleterre bien que la quarantaine soit chose inconnue pour les navires; et pourtant en 1884, trois navires arrivèrent ayant des cholériques à bord. Mais tous ces malades furent soignés aussitôt. Soumis à la désinfection et surtout isolés, un seul mourut. Mais les maladies contagieuses qui bénéficièrent surtout des mesures sanitaires sont la scarlatine et la fièvre typhoïde. D'ailleurs, voici les chifffres qu'il donne. Pour la scarlatine, de 1861 à 1870, la moyenne de la mortalité était de 9,71 par 10.000 habitants; de 1880 à 1889, cette moyenne tombe à 3,79 ; d'où une différence de 5,92 par 10,000 âmes. Pour la fièvre typhoïde, de 1861 à 1870 on constate une moyenne de 8,85, alors que de 1880 à 1889 elle n'est plus que de 2,50. D'où cette diminution énorme de 6,35 par 10,000 habitants. Il n'y a pas jusqu'à la phtisie qui ne cède aux mesures sanitaires, puisque, entre les deux périodes décennales 1861-70 et 1880-89, on trouve une moyenne améliorée de 7,53 par 10.000 âmes. — Ces améliorations incontestables proviennent uniquement de l'assainissement des villes, de l'aération plus complète des lieux de travail, de l'adduction plus grande d'eau pure, de l'isolement des malades dans les hôpitaux, de la désinfection aussi complète que possible, enfin d'une surveillance rigoureuse pour l'application des mesures sanitaires. En terminant, M. Monod cite ce fait que les hygiénistes anglais ont constaté un rapport direct entre la diminution de la mortalité par phtisie avec l'assèchement plus complet du sol. Il souhaite enfin que notre pays comprenne, par l'exemple de l'Angleterre, la nécessité d'une hygiène rigoureusement appliquée et que nous puissions en retirer bientôt les bienfaits qui en résultent.

M. Chesson demande que la statistique mortuaire soit généralisée en France et que les causes de décès soient spécifiées plus exactement qu'à l'heure actuelle. Il insiste, ainsi que M. le Dr Lagneau, pour que la Société d' Hygiène émette ce vœu qui l'intéresse particulièrement.

M. Martin rappelle qu'un vœu semblable a déjà été émis une fois et qu'on ne pourrait aujourd'hui que le renouveler; il demando l'appui du corps médical pour l'appui de ce vœu. M. Moreau-Duplessis ajoute que, pour sauvegarder le secret médical, il faudrait que les déclarations soient faites à un bureau dont les membres seraient également tenus au secret.

Enfin M. Lagneau ajoute qu'il serait peut-être intéressant de faire, non seulement des statistiques de mortalité, mais aussi de morbidité, c'est-à-dire le rapport entre les malades et les morts.

L'assemblée adopte à l'unanimité le vœu de la généralisation des déclarations de décès et le renouvellement du vœu de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

E. D.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 20 janvier 1891. — Présidence de M. Laborde.

M. Collin présente et offre à l'Ecolo d'Anthropologie, de la part de M. Alph. de Rothschild, une série de 20 *crânes* recueillis sur les bords de la Marne, dans la plaine de Saint-Maur. Il décrit la topographie des fouilles qui ont mis à découvert également des poteries. Ces trouvailles datent probablement du VIIe siècle.

M. Fauvelle expose le bilan de la Société qui se chiffre par un excédent de recettes sur les dépenses de 406 francs. M. Fauvelle est chargé de faire la prochaine *conférence transformiste*.

M. A. de Mortillet présente le *crâne d'un lion des cavernes (Felis spelaea)* et en signale les différences ostéologiques avec le crâne du lion actuel.

M. G. de Mortillet insiste sur l'intérêt que présentent ces sortes de fauves des cavernes au point de vue transformiste. Le lion des cavernes accuse un applatissement du front caractéristique et des caracteres mixtes avec le tigre. L'espèce était intermédiaire entre les deux espèces actuelles.

MM. Eschenauer, Hervé, Zaborowski, Lagneau, Fauvelle et Letourneau continuent la discussion sur la *natalité et la dépopulation en France*. M. Eschenauer cite un mémoire du chanoine Rocca qui fait intervenir fortement le facteur religieux. M. Hervé est d'un avis contraire. Dans certaines contrées de l'Amérique, où les religions sont différentes, on observe le même fait que dans certaines contrées de la France, c'est-à-dire uno moindre natalité dans les districts riches. Il cite également de la « Morale des Jésuites » de Paul Bert, certains passages de la casuistique du père Gury. M. Zaborowski ne croit pas non plus que la religion soit un facteur important à prendre en considération. M. Arsène Dumont a fait des études très détaillées, très sérieuses (voir *Dépopulation et civilisation* in Biblioth. anthropol., 1890) qu'on consultera avec beaucoup de fruit. Il ne pense pas, au reste, que ces discussions puissent modifier sensiblement l'état des choses et influencer l'opinion ou la volonté du procréateur d'enfants. M. Lagneau dit qu'il s'agit moins de religion que d'un point de discipline religieuse. Durant les premiers siècles de l'Eglise chrétienne le célibat n'était pas forcé. C'est également l'avis de M. Eschenauer qui envisage la question sous deux points de vue: l'un moral, l'autre matériel. La préexcellence accordée par l'Eglise au célibat est nécessairement une dépréciation du mariage et une prime morale à la stérilité.

M. G. Capus fait, au nom et de la part de M. le capitaine Zelle, une communication sur les *Orangs-Koeboes*, une tribu primitive, sinon la plus primitive, de l'île de Sumatra. Une des particularités, entre autres, que présente cette tribu, est son refus absolu d'entrer en contact avec les tribus voisines. Ils ont une peur extraordinaire des maladies et surtout des maladies contagieuses et sont persuadés qu'un contact avec les gens d'une autre tribu leur amènerait des épidémies. Ils ont eu chez eux la variole une ou deux fois dans le courant d'un siècle. Ils fuient leurs propres malades contagieux au loin, en les abandonnant complètement. Le malade ordinaire s'adresse au pouvoir accrédité d'un féticheur qui provoque chez lui des extases vraies ou simulées, en se cachant la tête et en respirant des fumigations de benjoin qu'il fait partager au malade. Dans cet état, il indique le traitement à suivre, consistant en massages, application de salive sur la partie malade, ou lèchements de langue. Cette tribu n'est pas anthropophage, comme les Battas, relativement plus avancée en civilisation, ce qui, eu égard aux Aztèques, aux indigènes de la Nouvelle-Zélande, anthropophages ceux-là, tendrait à prouver que le cannibalisme n'est pas le critérium du minimum de civilisation.

G. Capus.

Hôpitaux de Paris. — *Classement général et répartition dans les Services hospitaliers de MM. les Elèves internes et externes en médecine et en chirurgie, pour l'année* 1891. — MM. les Elèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours ont été classés, dans les formes ordinaires, et répartis dans les Etablissements de l'Administration pour l'année 1891. En conséquence, MM. les Elèves se sont présentés au chef-lieu de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les Etablissements. Ces cartes ont été délivrées: A MM. les Elèves internes : de 2e, 3e et 4e année, le lundi 26 janvier, à 2 heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, no 3; de 1re année et à MM. les Internes provisoires, le mardi 27 janvier, à une heure et demie ; A MM. les Elèves externes : de 2e et de 3e année, le mercredi 28 janvier, à une heure et demie ; de 1re année, première moitié de la liste, le jeudi 29 janvier à une heure et demie ; de 1re année, deuxième moitié de la liste, le vendredi 30 janvier, à une heure et demie.

Vaccination obligatoire. — Le *Journal Officiel* du 23 janvier contient l'arrêt ministériel relatif à la revaccination obligatoire des étudiants en médecine avant leur inscription.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

La première session de l'année a commencé le 28 janvier, sous la présidence de M. le Dr Th. ROUSSEL, sénateur. Dans la première séance, M. BROUARDEL a lu un très intéressant rapport sur un projet de loi relatif à la *Délivrance gratuite des médicaments aux indigents dans les établissements d'assistance.*

Ce projet de loi a été rendu indispensable par l'issue du procès intenté par le syndicat des pharmaciens de Rouen au maire de la ville, en qualité de président de la commission administrative des hospices (Voir *Progrès méd.*, 1890, nos 24, 27 et 30). Le projet de loi ci-après a été adopté à l'unanimité :

« Les médicaments préparés par les pharmaciens des hôpitaux ou des bureaux de bienfaisance peuvent être distribués gratuitement dans les hôpitaux, hospices, bureaux de bienfaisance, dispensaires, maisons de secours, sous la surveillance et la responsabilité de ces pharmaciens, aux malades privés de ressources. »

La nomination des personnes chargées de ces attributions a lieu sur la présentation des pharmaciens ; elle est soumise à l'agrément du Préfet.

Dans ses séances de jeudi et de vendredi, le Conseil supérieur a discuté le rapport de M. BRUYERE sur les *Enfants assistés.*

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies des enfants ; par RILLIET et BARTHEZ; 3e édition, par BARTHEZ et SANNÉ. Tome III. Paris, 1891. — Félix Alcan, éditeur.

Ce dernier volume de la troisième édition du célèbre traité de Rilliet et Barthez est beaucoup plus gros que les deux précédents : il renferme près de 1,300 pages. Ce n'est pas que les maladies, décrites dans cet ouvrage considérable, soient très nombreuses, mais elles sont très importantes et méritaient tous les développement qu'il a plu à MM. Barthez et Sanné de leur donner.

Qu'on en juge par la liste de ces maladies : rougeole, scarlatine, variole, vaccine, varicelle, fièvre typhoïde, diphthérie, coqueluche, rhumatisme, tuberculose. Ajoutez la roséole, les oreillons, le purpura, qui complètent l'ensemble des maladies infectieuses traitées ici. Il est difficile d'analyser des descriptions aussi étendues qui, pour chaque maladie, constituent de véritables monographies. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces monographies sont faites avec soin et tenues au courant des progrès incessants et rapides d'une science en voie de transformation.

Malheureusement, des ouvrages aussi considérables, qui exigent plusieurs années pour leur publication, ne peuvent être au courant dans toutes leurs parties; si le dernier volume, celui qui vient de paraître, donne bien l'état actuel de la science, le premier, paru sept ans plus tôt, a déjà vieilli (1).

Le temps de ces encyclopédies interminables est passé; le journalisme les a tuées, nous voulons être informés sur l'heure, et nous ne prenons plus le temps de lire les ouvrages de longue haleine. Malgré tout, nous devons réserver, dans nos bibliothèques, une place à ces traités d'ensemble qui résument la science d'une époque. Le traité primitif de Barthez et Rilliet présentait de nombreuses et importantes lacunes qu'il était urgent de combler. M. Sanné l'a fait avec toute la compétence qu'il possède et, tout en respectant les grandes lignes et le plan général d'un ouvrage qui a fait époque, il a su y introduire d'heureuses modifications. J. COMBY.

(1) Nous signalerons à M. Sanné, pour sa prochaine édition, des lacunes dans les chapitres consacrés aux maladies nerveuses, à la rougeole, à la roséole, etc. (B.).

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — Les concours de l'internat et de l'externat se sont terminés par les nominations suivantes : *Internes* : MM. Aslanian, Lop, Zuccarelli, Rathelot, Lartail et Sepet. — *Externes :* MM. Isoard, André, Tousten, Bouisson, Chini, Dabo. Jacquemet, Arréat et Gouin.

VARIA

Hopitaux de Paris.

Concours de l'Internat des hôpitaux de Paris.

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé, le 27 janvier, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

Internes titulaires. — 1. W. Binaud, Lepetit, Michon, Potel, Londe, Michel-Dansac, Brodier, Charcot, Cazenave, Durante.

11. Mayet, Phulpin, Lévi (Léopold), de Massary, Bouglé, Glantenay, Perrin, Halipré, Bernard (Félix), Jayle.

21. Taurin, Dudefoy, Lebon, Richerolle, Fort, Walsch, Donnet, Sée, Braquehaye, Hulot.

31. Collinet, Giresse, Malherbe, Damaye, Gervais de Rouville, Maguiaux, Bernard (Gustave), Bernardbeig, Manson, Reymond.

41. Haron, Chaillou, Péron, Poussard, Carrel, Bezançon, Finet, Brésard.

Internes provisoires. — 1. Martin, Lantzenberg, Daudet, Letoux, Longuet, Danseux, Bodin, Diaz, Jacquinet, Chabory.

11. Guépin, Flœrsheim, Héan, Meslay, Courtey, Morin, Isidor, Touche, Follet, Riche.

21. Binot, Trékaki, Bois, Meunier, Vaudremer, Demantké, Banzet, Levy (Emile), Raffray, Mme Bonnier.

31. Galpin, Maupâté, Emerit, d'Hotman de Villiers, Fiquet, Fournier, Prieur, Grilhault des Fontaines, Ozanon, Diriart.

41. Auclair, Navarro, Dutournier, Escat, Condamy, Gellé, Steeg, Mangin-Bocquet, Marmasse, Benoit.

51. Dauriac, Malbec, Magdelaine, Meige, Duvivier, Mirallié.

Concours de l'externat des hôpitaux de Paris.

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé, le 24 janvier, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

1. Baudet, Boque, Terrien, Robineau, Chauveau, Dujarrier, Jolly (Justin), Savariaud, Combes, Long, Martin (Charles), Thoumire, Dominici, Lapeyre (Louis), Blanc, Brouardel, Daguillon, Deneux, Du Mesnil, Fauvel (Louis).

21. Guinard, Hardel, Sourdille, Hémery, Leroy, Martin (Henri), Miquet, Papillon (Gustave), Binot, Chapt, Durante, Gallet-Duplessis, Giresse, Houzé, Walch, Ardouin, Cavasse, Luys, Mettetal, de Oliveira.

41. Schmid, Brindeau, Latruffe, Roland, Rudaux, Crouzet, Hepp, Chabory, Collinet, Lantzenberg, Lenoble, de Massary, Meslay, Saguet, Banzet, Vaudremer, Caye, Cotta, Fauvelle (René), Leblanc.

61. Le Dard, Lévy (Moïse), Marie (René), Neveux, Baron, Casamayor, Catumeau, Differdange, Grandguillot, Husson, Lenoir, Rabé, Anghelesco, Flandrin, Levis, Thomas (Jean), Claverie, Nordmann, Baraduc, Condamy.

81. Demantké, Finet, Monbouyran, Radiguet, Mlle Kohan, MM. Malbec, Perrard de Rouville, Lévi (Léopold), Meunier, Aschkinazi, Baldet, Boudeau, Bruyère, Chantier, Grosjean, Guérineau, Guillemet, Letorcy, Millet (Charles), Chastanet.

101. Delamare, Etchepare, Gibert, Plantier, Robineau (Albert), Hermary, Villatte de Penfeilhoux, Baruk, Guillemin, Mlle Leclerc, MM. Angerant, Gellé, Piaget, Renard, Théry, Zuber, Starcovits, Delansorne, Dolbeau, Farabeuf.

121. Poux, Prévost (Charles-Auguste), Vanverts, Bartoli, Carnot, Charnaux, de Combes, Desveaux, Lefilliatre, Lesimple, Meslier, Mourlot, Saint-Martin, Tucker, Wateau, Mlle de Lesly, MM. Foubert, Jacob, Moundlic, Poix.

141. Voronof, Auguy, Guerlain, Moreau, Gourichon, Boissier, Brunet, Didsbury, Petit (Clément), Plicot, Ran, Durville, Nogué, Chaillou, Lévy (Samuel), Behr, Cartier, Audrain, Baudré, Berg.

161. Bonamy, Caboche, Delabost, Douriez, Dreyer-Dufer, Fays, Gentilhomme, Jacobson, Oppenot, Pasteau, Roger, Wintrebert (Maurice), Comte, Mlle Gorvitz, MM. Hamant, Monteiro, Page, Auclair, Bournhonet, Lavergne.

181. Sabatier, Mlle Zlotowska, MM. Villière, Bouchacourt, Corbière, Gesland, Lefèvre, Le Juge de Segrais, Magdelaine, Lemariey, Ozanon, Stojanovits, Wintrebert (Paul), Bruneau, Fuchs, Keller, Lachouille, Le Conte, Lefournier, Leroy.

201. Maggiar, Millienne, Patay, Mlle Peltier, MM. Tanguy, Trastour, Coquet, Cougnot, Delaroche, Fossc. Guérin, Mauger, Riche, Teinturier, Trinité, Meyer, Faure, Herzenberg, Millet (Georges), Petit (René).

221. Beaussenat, Courtcy, Laforest, Rouques, Tressel, Dedieu, Iscovesco, Carrel, Alliot, Bernard, Bigeard, Bobier, Bourgeois, Choisnet, Flammarion, Kaminer, Manesse, Simon, Aubry (Emile), Fialon.

241. Martin (Achille), Thibaud, Bruyer, Monscourt, Paquet, Dérome, Cachan, Duchemin, Demarchena, Georgescu-Carpatianu,

Céry, Hopenhendler, Lardeux, Partenay, Mlle Scheinziss, MM. Spaletta, Bastard, Delthil, Faitout, Le Masson.

261. Michaëlides, Altman, Barbier, Bonnet, Joly (Stéphane), Renon, Rémond, Nissim, Mlle Hœltzel, MM. Kortz, Luton, Iliesco, Combalat, Dos-Santos, Markovitch, Brin, Clamouse, Lucas, Mlle Posternak, M. Vassal.

281. Lagnoux, Wolf, Manheimer, Béal, Peyré, Gay, Djelalian, de Fayard, Changeux, Diniz, Gillé, Pecker, Potelet, Vernhes, Golesceanu, Tonnellier, Foucart, Darzens, Larroux, Dufour.

301. Bergeron, Bouquet, Cosmabey, Hugonnet, Chaumier, Chevillot, Gay (Joseph), Mory, Martin (Jean), Prévost (René), Rosenblat, Durrieux, Gerson, Gotchaux, Hulmann, Barbellion, Lenief, Livy (Henri), Maugery, Carra.

321. Poirson, Ratignié, Barbary, Fontoynont, Delbecque, Hardiviller, Schtein, Guay (Charles), Sicard, Bacquelin, Debains, Pinesse, Soucsine, Thomas (Joseph), Contrastin, Paté, Derrien, Monsarrat, Durand, Sifflet.

341. Virey, Normand, Grasset, Rosenbaum, Lauzeral, Marie (Auguste), Tisserand, Pachabezian, Aubry (Justin), Chatenay, Van Bergen, Vic, Cuneo, Sebilleau, Grunberg, Ghazarossian, Harlez, Lesné, Angot, Relle.

361. Vandenhagen, Balli, Hagopow, Lafaille, Pressat, Delisle, Gayman, Girard, Vié, Mme Pommert.

De l'enseignement clinique dans les Hôpitaux.

Voici quelques passages de l'article consacré à cette réforme par M. le Dr A. Lutaud, rédacteur en chef *du Journal de médecine de Paris* (25 janvier) :

Le Conseil municipal vient, à la suite du rapport de M. Strauss, d'inviter l'administration de l'Assistance publique à soumettre à l'avis du Conseil de surveillance, d'une part, et des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, d'autre part, le projet de réorganisation de l'enseignement pratique hospitalier.

C'est là, en effet, une grosse question et l'intérêt pratique qu'elle offre ne saurait échapper à personne. Le Dr Bourneville, le Dr Huchard ont déjà, à plusieurs reprises, insisté sur la nécessité d'organiser l'enseignement médical dans les hôpitaux. L'Assistance publique ne possède-t-elle pas, en effet, de merveilleux éléments pour l'instruction des étudiants?

Et, en conscience, tire-t-on de ces éléments tout le bénéfice possible? N'est-ce pas à l'hôpital, au lit du malade que le futur praticien, aux prises avec la difficulté de la clinique, apprend le plus et le mieux? . . . .

Nous le répétons, avec les éléments incomparables que renferment nos hôpitaux, il y a moyen d'organiser un enseignement admirable et des plus utiles. Aussi espérons-nous que ce projet deviendra tôt ou tard une réalité; le plus tôt sera le meilleur. On pourrait ainsi utiliser, non seulement les richesses pathologiques qui abondent dans les hôpitaux, on pourrait encore, avec les innombrables pièces anatomiques qu'on y recueillerait, organiser un enseignement de l'anatomie pathologique qui fait presque totalement défaut, mais c'est là un point que nous ne voulons pas aborder aujourd'hui, nous réservant d'y revenir dans un prochain article.

Nous devons remercier le *Journal de Médecine de Paris*, non seulement du concours qu'il apporte à la défense d'une réforme d'une utilité incontestable, mais encore d'avoir bien voulu rappeler la part qui nous revient et que, de parti pris, d'autres journaux, par trop fin de siècle, dissimulent avec le plus grand soin. La grande affaire, d'ailleurs, c'est de réussir : il est incontestable que l'organisation de l'enseignement que nous n'avons cessé de réclamer dans les hôpitaux rendrait des services considérables aux étudiants en médecine; qu'elle exciterait l'émulation de tous les chefs de service, émulation qui tournerait au bénéfice du progrès des sciences médicales ; qu'elle aurait aussi, au point de vue patriotique, les plus heureux résultats, en montrant aux étudiants et aux médecins de tous les pays qu'ils trouveront chez nous, en abondance, tous les moyens d'instruction qu'ils peuvent souhaiter. B.

La Morphinomanie à deux.

On a décrit jadis la Folie à deux. Aujourd'hui c'est la Morphinomanie à deux. Un nouveau procès à sensations,... très vives, nous a valu la publication d'une observation très intéressante à ce point de vue. Une jeune, riche, jolie femme, épouse un médecin sur la moralité duquel, d'ailleurs, on n'a absolument rien à dire. Notre confrère tombe malade, — et comme beaucoup de médecins, hélas! (pourquoi céler la vérité?) — ne peut supporter la souffrance; il devient morphinomane.— Rien d'étonnant à cela. On sait depuis longtemps que les médecins, qui connaissent pourtant à fond les terribles effets de cet irrésistible poison, s'adonnent sans vergogne à de tels abus. D'autres, même en France, sont bien éthéromanes !

Mais le curieux de l'affaire c'est que, devenu impuissant et resté fort jaloux, craignant que sa femme n'aille chercher ailleurs un plaisir qu'il se voit désormais incapable de lui procurer, il la rend, de parti pris, morphinomane elle-même, sans comprendre un instant qu'il précipite son épouse dans un abîme sans fond où elle va tout entière disparaître !

Cette morphinomanie à deux existe, qu'on l'appelle d'ailleurs comme l'on voudra. Et l'exemple ci-dessus, que l'actualité nous faisait un devoir de rapporter, est loin d'être isolé. On nous contait récemment encore une histoire analogue, et, par malheur, parfaitement authentique. Si le journal où je raconte d'aussi lugubres aventures ne s'adressait pas aux médecins, je crierais sans trêve aux dramaturges modernes : C'est là la scène à faire !

Ici, l'on doit, en badinant, formuler un conseil. Le voici : Il serait intéressant de rechercher dans les travaux modernes sur l'intoxication par la morphine (1), et de rapprocher les observations, sérieusement prises, analogues à celles que nous venons de citer. M. B.

La Faculté de médecine de Paris au Conseil général des Facultés.

Le Conseil général des Facultés et Ecole supérieure de pharmacie de Paris a tenu séance, lundi dernier, à la Sorbonne.

Après des communications diverses, M. le président raconte une visite que le ministre de l'instruction publique a faite incognito à la Faculté de médecine pour se rendre compte des besoins généraux et de l'état des services. Il en a remporté deux impressions : la première excellente, concernant la bonne organisation et la conduite des travaux des élèves; la seconde désastreuse, en présence de l'immensité des nouveaux bâtiments et des dépenses d'entretien et de chauffage qu'ils nécessitent et nécessiteront encore plus dans l'avenir.

De là la résolution qu'il a prise de procéder à une enquête sérieuse des besoins matériels de l'enseignement supérieur à Paris et de demander ensuite une augmentation de crédit aux Chambres pour y subvenir. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'outre la Faculté de médecine, on reconstruit la Sorbonne et bientôt la Faculté de droit et que les conséquences de ces reconstructions vont être une grosse augmentation des dépenses de chauffage, d'éclairage et d'entretien.

Puis M. le professeur Sabatier a été désigné pour servir de rapporteur général au conseil pour l'année 1891. Enfin, M. Darboux, doyen de la Faculté des sciences, a lu le rapport de la commission de la bibliothèque de l'Université, qui se termine par deux vœux, le premier pour que cette bibliothèque profite dans une plus large mesure des ouvrages auxquels des souscriptions de l'Etat sont accordées, le second pour qu'elle soit éclairée à l'électricité. Une commission est nommée sous la présidence de M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, pour étudier les avantages et les inconvénients de ce système d'éclairage.

Concours pour l'admission à l'emploi d'Inspecteur des Etablissements insalubres, dangereux ou incommodes.

Un concours pour l'admission à l'emploi d'Inspecteur des établissements insalubres, dangereux ou incommodes, commencera le Jeudi 12 mars 1891, à 10 heures 1/2 du matin, à la Préfecture de Police (Salle du Conseil d'hygiène publique et de salubrité). L'épreuve à laquelle seront soumis les Candidats formera deux parties :

Composition écrite. — Le Candidat traitera un sujet donné par le jury et portant sur une ou plusieurs des industries insalubres, dangereuses ou incommodes. Trois heures sont accordées pour cette épreuve. Le Candidat devra avoir une écriture lisible.

Epreuve orale. — L'épreuve orale comprendra : 1° Des notions élémentaires sur la législation relative aux établissements classés ; 2° Des connaissances générales sur les procédés de fabrication employés dans les principales industries ; sur les inconvénients auxquels donne lieu l'exploitation de ces établissements ; sur les mesures de sécurité et de salubrité à prendre dans l'exploitation des usines, ateliers, manufactures ou dépôts, d'après la nature des inconvénients qu'ils présentent.

Les Candidats devront faire parvenir leur demande à M. le Préfet de Police, avant le 15 février 1891, y joindre une copie de leur acte de naissance et un extrait de leur casier judiciaire, et faire connaître les titres scientifiques qu'ils peuvent avoir et les ouvrages qu'ils auraient écrits. Ils devront avoir moins de 45 ans.

---

(1) On en trouverait facilement quelques cas, entre autres dans la thèse récente de notre collaborateur et ami, L.-R. Régnier (observations 13, 17, 56, 57 et 62).

Les médecins et les Sociétés de secours mutuels.

Les médecins de Chalon-sur-Saône viennent d'adopter le règlement qui suit :

Article premier. — Il n'y aura plus de médecin spécial pour les Sociétés de secours mutuels existantes ou à créer, de la ville et de la campagne. Toutefois les médecins qui donnent actuellement des soins par abonnement aux Sociétés pourront continuer leurs fonctions.

Art. 2. — Si une place de médecin devient vacante par suite de la démission volontaire et écrite du titulaire, ou pour toute autre raison, aucun médecin ne sera plus, à l'avenir, spécialement chargé de donner des soins à cette Société, mais tous les médecins soussignés seront appelés, suivant les préférences des membres sociétaires, aux conditions de l'article 4.

Art. 3. — Les Sociétés qui viendraient à s'adresser à un médecin seront invitées par celui-ci à s'entendre avec le Président de l'Association des médecins, qui leur fournira les explications nécessaires ainsi que la liste de tous les confrères qu'elles pourront faire appeler.

Art. 4. — A partir du 1er janvier 1891, les visites et consultations seront fixées à deux francs pour toutes les Sociétés de Chalon qui ont et auront le libre choix du médecin. — Le paiement sera effectué par la caisse de la Société.

Art. 5. — Avis des présentes décisions sera immédiatement donné à MM. les Présidents des Sociétés intéressées.

Art. 6. — Les conditions énoncées plus haut ne concernent ni les opérations sérieuses, ni les accouchements, lesquels seront librement et consciencieusement appréciés, quant aux honoraires, par le médecin traitant.

Art. 7. — Dans le cas où l'un des médecins soussignés viendrait à violer le présent règlement, ses confrères s'engagent à lui refuser tout concours dans l'exercice de sa profession.

Art. 8. — Lorsqu'un médecin viendra s'établir à Chalon, la Commission permanente lui donnera, sans délai, communication du règlement, avec prière d'y adhérer. En cas de refus, le médecin tombera sous l'application de l'article 7.

Art. 9. — En ce qui concerne les Sociétés ayant deux médecins, lorsque l'un d'eux cessera définitivement ses fonctions, il ne pourra être pourvu à son remplacement; son confrère continuera seul à donner des soins à cette Société.

Art. 10. — L'Assemblée décide qu'elle se réunira le premier samedi des mois de janvier, avril, juillet et octobre de chaque année.

Art. 11. — Le présent règlement sera imprimé et distribué à tous les médecins faisant partie de l'Association.

Art. 12. — MM. les Drs Sassier, Lagrange et Trostat sont nommés, à l'unanimité, membres du Bureau, chargé de veiller aux intérêts de l'Association.

Art. 13. — Le tarif spécial d'honoraires pour les Sociétés de secours mutuels et la clientèle privée de la ville et de la campagne sera annexé au présent règlement. (*Pratique médicale.*)

La Médecine Anglaise appréciée par un médecin anglais.

Sir Morell Mackenzie, le célèbre médecin anglais, exprime ainsi, dans un article récent (1), son regret de voir le très petit rôle que joue son pays dans les découvertes les plus considérables des dernières années. « Ce pays, si longtemps placé au premier rang dans les sciences médicales, dit-il, se traîne aujourd'hui à la suite de la France et de l'Allemagne. » Il attribue ce triste résultat à l'apathie du Collège des Chirurgiens, devenu trop riche, et qui emploie ses énormes revenus à stipendier une horde de fonctionnaires inutiles, au lieu de les consacrer à des recherches originales, et aussi à la susceptibilité morbide qui fait proscrire, en Angleterre, les expériences biologiques les plus nécessaires, quand elles comportent des vivisections.

Les habitations à bon marché.

Une intéressante réunion a eu lieu dimanche dernier à l'hôtel Continental, sous les auspices de la Société française des habitations à bon marché. Trois à quatre cents personnes assistaient à cette séance, que présidait M. Siegfried, député, entouré de MM. Poirier, sénateur, le Dr Rochard, membre de l'Académie de médecine, et les principaux industriels de Saint-Denis, etc. M. Siegfried a expliqué sommairement le but de cette réunion où M. le Dr Rochard a traité « *le côté hygiénique purement matériel.* » Il l'a fait d'une façon tout à la fois humoristique et documentée. « L'hygiène, a-t-il dit, n'est pas une chose qu'on achète au poids de l'or ; c'est parfois dans les plus somptueuses demeures que ses lois sont le plus violées. » « La question des logements à bon marché, dit-il plus loin, n'est pas facile à résoudre. Songez qu'il y a à Paris près d'un million et demi d'ouvriers avec leur famille à loger, que la moitié des logements est au-dessous de 500 francs et que plus de la moitié encore est au-dessous de 300 francs. Il y a de nombreux ouvriers que la faiblesse de leur gain empêchera toujours de se loger convenablement. Il n'y a, en tout cas, certainement, que quatre pour cent des ouvriers qui pourront se loger dans les petites maisons individuelles, dans les « cottages » que vous bâtirez. M. Rochard constate ensuite l'assainissement de Paris depuis cinquante ans; il montre les heureux résultats qu'il a produits et termine par ces mots : « Il y a cinquante ans, chaque Parisien avait 15 litres d'eau; aujourd'hui, il a 250 et il aura bientôt 300 litres d'eau à sa disposition. On pourrait ajouter d'une façon un peu badine, mais fort juste, que le degré de civilisation se mesure à la quantité d'eau et de savon que l'on consomme. »

(1) *Impressions de sir Morell Mackensie sur le remède de Koch.* (*Contemporary Review.*)

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Marie.— 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrillon, Ricard.

MARDI 3. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Debove, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Dentu, Schwartz, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Legroux, Hutinel.

MERCREDI 4. — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Déjerine, Letulle.

JEUDI 5.—Médecine opératoire : MM. Panas, Nélaton, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Netter, Chantemesse.

VENDREDI 6. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Terrillon, Tuffier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Straus, Brissaud, Netter.

SAMEDI 7. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quinquaud, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Ballet. — (2e *Série*) : MM. Cornil, Legroux, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Humbert, Maygrier. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Hanot, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 4. — M. Regnauld. Contribution à l'étude de la laparotomie dans les grossesses extra-utérines. — M. Perret. Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres. — M. Cuellar. — Curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. — M. Luzet. Etude sur les anémies de la première enfance et sur l'anémie infantile pseudo-leucémique. — M. Hélie. La laryngotomie chez l'adulte.

JEUDI 5. — M. Mosny. Etude sur la broncho-pneumonie. — M. Leledi. Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe 1889-1890. Ses rapports avec l'aliénation mentale.

Enseignement médical libre.

Médecine légale (*aliénation et criminalité*). — M. le Dr DUBUISSON, le jeudi à 4 h. 1/2, à la Faculté de droit.

Thérapeutique oculaire.—M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

FORMULES

VII. — Méthode efficace de traitement de l'ichthyose.

VII.—De l'expérience constante des médecins il résulte, dit M. le Dr R.-W. Payne, que cette maladie est difficile à guérir ; j'ai l'intention de faire connaître une méthode de traitement avec laquelle j'ai obtenu des résultats très satisfaisants et une guérison radicale. J'ai employé ma méthode dans des cas congénitaux, la maladie occupant toute la surface du corps et produisant une difformité d'une nature très grande et embarrassante. J'ai prescrit une application du savon mou qui devait être faite sur tout le corps, 6 fois par jour, pendant 6 jours. Pendant cette période, le malade s'abstint de prendre des bains. Au bout de ce temps, l'épiderme s'écaille facilement. On fait prendre ensuite au malade 1 ou 2 bains Hammam ; au sortir du bain, on frotte convenablement le corps avec une matière émolliente ou préférablement avec de l'onguent rosé et de la pommade benzoïnée.

On évitera l'emploi de la glycérine dans tous les cas à cause de ses propriétés hydragogues qui ne font qu'aggraver la situation. Aucune réapparition du mal ne s'est produite dans les cas cités plus haut et la peau est extrêmement douce et unie.

Le succès semble dépendre des soins extrêmes apportés dans l'application du traitement extérieur et de la précaution qu'on a de rejeter l'emploi de la glycérine sous toutes ses formes. (*Pacific Med. Journ.*, 1890, p. 536).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 janv. 1891 au samedi 24 janv. 1891, les naissances ont été au nombre de 1319 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 510 ; illégitimes, 167, Total, 642. — *Sexe féminin :* légitimes, 433 ; illégitimes, 172, Total, 615.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 18 janv. 1891 au samedi 24 janv. 1891, les décès ont été au nombre de 1286 savoir : 653 hommes et 633 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3, T. 10. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 5, F. 10, T. 15. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 3, F. 5, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 21, F. 20, T. 41. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 146, F. 82, T. 228. — Autres tuberculoses : M. 23, F. 14, T. 37. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 30, T. 47. — Méningite simple : M. 13, F. 16. T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 34, F. 28, T. 62. — Paralysie : M. 6, F. 4, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 7, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 51, T. 81. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 20, T. 39. — Bronchite chronique : M. 30, F. 37, T. 67. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 35, T. 51. — Pneumonie : M. 61, F. 53, T. 114. — Gastro-entérite, biberon, M. 23, F. 11, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 6, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale : M. 21, F. 20, T. 41. — Sénilité : M. 17, F. 31, T. 48. — Suicides : M. 7, F. 2, T. 9. — Autres morts violentes : M. 5, F. 2, T. 7. — Autres causes de mort : M. 127, F. 124, T. 251. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 2, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 79, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 12. Total : 38. — *Sexe féminin :* légitimes, 29, illégitimes, 12. Total : 41.

Faculté de médecine de Paris. — *Prix.* — La Faculté de médecine de Paris vient de décerner les prix suivants : *Prix Chateauvillard* (2,000 fr.) : 1° 1,000 fr. à MM. les Drs Morel-Lavallée et Belières (de Paris) pour leur travail en collaboration sur la syphilis et la paralysie générale ; 2° 500 fr. à M. Dupuy pour son ouvrage sur les alcaloïdes ; 3° 500 fr. à M. le Dr Jules Boeckel (de Strasbourg) pour son ouvrage sur la résection du genou. *Prix Montyon :* M. le Dr Paul Raymond (de Paris) pour son travail sur la grippe à Paris en 1889-1870. Nous félicitons vivement notre collaborateur et ami de la distinction qui vient de lui être accordée.

Facultés de médecine de province. — Le cadre des professeurs des Facultés de province est actuellement arrêté de la manière suivante : 1re *classe.* MM. Feltz (de Nancy), Wannebroucq et Folet (de Lille), Hecht (de Nancy) Castan (de Montpellier), Bondet, Monoyer, Lortet et Allier (de Lyon), Azam et Bouchard (de Bordeaux). — 2e *classe.* MM. Beaunis et Pointcarré (de Nancy), Gaulard (de Lille), Jaumes (de Montpellier), Gayet et Renaut (de Lyon), Charpentier (de Nancy), de Fleury (de Bordeaux), Dubreuil (de Montpellier), Gross (de Nancy), Perrens (de Bordeaux). — 3e *classe.* MM. Bertin et Engel (de Montpellier), Bernheim (de Nancy), Grasset (de Montpellier), Chrétien (de Nancy), Lannegrâce (de Montpellier), Heidenreich (de Nancy), Chalot et Tétenat (de Monpellier), Weiss (de Nancy), Lotar, Lescœur et Arnould (de Lille), Hamelin (de Montpellier), Castiaux (de Lille), Spillemann (de Nancy), Monier, Herrmann, Tourneux, Leloir et Dubar (de Lille), Berne, Crolas, Lépine, Arloing, Morat, Mayet, Pierret, Rollet, Gailleton et Léon Tripier (de Lyon), Paulet (de Montpellier), Testut et Raymond Tripier (de Lyon), Imbert (de Montpellier), Lacassagne (de Lyon), Debierre (de Lille), Lannelongue, Dupuy, Masse, Coyne, Jolyet, Vergely, Picot, Morache, Guillaud, Layet et Pitres (de Bordeaux), Soulier et Poncet (de Lyon), Figuier (de Bordeaux), Cazeneuve (de Lyon). — 4e *classe.* MM. Moussons, Demons et Viault (de Bordeaux), Garnier (de Nancy), Blarez (de Bordeaux), Carrière (de Montpellier), Demange (de Nancy), Kiener et Mairet (de Montpellier), Leroy (de Lille), Fochier (de Lyon), Bergonié (de Bordeaux), Macé (de Nancy), Baudry et Wertheimer de Lille), Granel (de Montpellier), Lambling, Lemoine et de Lapersonne (de Lille). — En résumé, sur 97 professeurs de la Faculté de médecine de province, 11 sont de 1e classe au traitement de 11,000 francs ; 11 de 2e classe au traitement de 10,000 francs ; 55 de 3e classe au traitement de 8,000 francs, et 22 de 4e classe au traitement de 6,000 francs. Bordeaux compte 2 professeurs de 1re classe ; 2 de 2e classe ; 12 de 3e classe et 6 de 4e classe. Lille compte 2 professeurs de 1re classe ; 1 de 2e classe ; 10 de 3e classe et 6 de 4e classe. Lyon compte 4 professeurs de 1re classe ; 2 de 2e classe ; 16 de 3e classe et 2 de 4e classe. Montpellier compte 1 professeur de 1re classe ; 2 de 2e classe ; 10 de 3e classe et 4 de 4e classe. Enfin Nancy compte 2 professeurs de 1re classe ; 4 de 2e classe ; 5 de 3e classe et 4 de 4e classe. (*Gaz. des Hôp.*)

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Nazaries (Etienne-Marie-Edouard), bachelier ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Legué, démissionnaire.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Chatinière (Henri-Marie-Urbain), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, des fonctions d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier. Sont nommés, du 1er janvier 1891 au 31 octobre 1892, à la Faculté de médecine de Montpellier : 1° Aide d'anatomie, M. Vires (Joseph-Guillaume-Norbert), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Vedel, dont la délégation est expirée ; 2° Aide d'histologie, M. Bosc (Pierre-Marie-Narcisse), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, en remplacement de M. Poujol, dont la délégation est expirée ; 3° Aide de physiologie, M. Metge (Eugène), bachelier ès-lettres et ès sciences, en remplacement de M. Villard, dont la délégation est expirée.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Pillon est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Mouginet, démissionnaire.

Ecole d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — *Cours d'Anthropologie biologique.* — M. le Dr Laborde, professeur à l'Ecole d'Anthropologie, président de la Société de même nom, a commencé ce cours le mercredi 28 janvier et le continuera chaque mercredi, à la même heure. Il a traité des *fonctions intellectuelles et instinctives* (Voir page 94).

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Berlin :* Le titre de professeur est conféré à M. le Dr Renvers, assistant à la première clinique médicale. — *Faculté de médecine de Leipzig :* Sont nommés professeurs extraordinaires : MM. les privatdocenten Schröter (ophtalmologie) et Sanger (obstétrique et gynécologie). — *Faculté de médecine de Leyde :* M. le Dr Wijsman est nommé professeur de pharmacie et de toxicologie en remplacement de M. van der Burg, décédé. — *Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg :* M. le Dr Tschelzow est nommé privatdocent de médecine interne. — *Ecole supérieure de médecine de Florence :* M. le Dr Umherto Gabbi est nommé privatdocent de pathologie spéciale et de clinique propédeutique. — *Ecole de médecine de Charing-cross de Londres :* M. le Dr J.-A. Bloxam est nommé lecteur de chirurgie en remplacement de M. Edward Bellamy, décédé. — *Owens College de Manchester :* M. le Dr J. Tatham est nommé professeur d'hygiène. (*Sem. méd.*)

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'externat.* — Voici la liste des dernières questions posées à l'épreuve orale de pathologie : *Des lavements ; des panaris.*

Académie des sciences de Paris. — *Prix Dugaste* 1890. — La Commission du *Prix Dugaste* (2,500 fr.) (*Signes diagnostiques de la mort et moyens de prévenir les inhumations précipitées*) fait connaître que les deux mémoires manuscrits récompensés dans la séance publique du 29 décembre 1890 et portant pour devises : l'un : *Fac, non spera,* l'autre : l'*Egalité devant la mort,* ont pour auteurs, le premier, M. le Dr Henri Arnaud (de Saint-Gilles), et le second, M. le Dr Maze (du Havre).

Association générale des étudiants de Paris. — L'association générale des étudiants de Paris vient de procéder au renouvellement intégral annuel de son comité. Le bureau du comité a été constitué, pour l'année 1891, de la façon suivante : président, M. Henry Bérenger ; vice-présidents, MM. Emile Merwart et Marcel Léné ; secrétaires, MM. Georges Schielz et Maurice Picard ; trésorier, M. Henri Meuret ; bibliothécaire, M. Paul Wiriath.

Influenza en France. — On annonce que l'influenza vient de faire de nouveau son apparition à Pontarlier et que 3 soldats sont entrés mercredi dernier à l'hôpital. Cette nouvelle demande confirmation.

Les malades du palais de justice. — *Statistique médicale.* — M. le Dr Floquet, médecin du Palais de justice et du Tribunal de commerce, a eu à traiter dans son service, durant l'année 1890, 255 cas, dont 200 médicaux et 55 chirurgicaux. En voici le détail : Cas médicaux : affections cardiaques, 9 ; syncopes, 42 ; hémorrhagies, 12 ; affections des voies respiratoires, 29 ; affections des voies digestives, 21 ; congestion cérébrale, 9 ; épilepsie, 15 ; hystérie, 42 ; catalepsie, 1 ; névralgies, 11 ; alcoolisme, 6 ; affections mentales, 3. Cas chirurgicaux : contusions et luxations, 38 ; accidents divers, 16 ; tentative de suicide, 1.

L'EAU DANS LES LYCÉES. — Le ministre de l'instruction publique a prescrit récemment une enquête sur la composition chimique des eaux mises à la disposition des élèves dans les lycées et collèges. Les rapports des hygiénistes chargés de cette enquête contiennent un certain nombre d'observations générales dont voici la conclusion : Il importe, dans les lycées et collèges, d'exiger l'emploi de l'eau filtrée par des filtres ne laissant passer aucun microbe, pour les soins de la bouche, la boisson, le rinçage des verres et le lavage de la salade ; on devrait même l'étendre, dans la mesure du possible, aux autres usages de la toilette.

Il y a, de ce côté, une réforme beaucoup plus urgente à accomplir qu'on ne le suppose. Les plaintes des élèves sont en général écartées. S'ils appellent l'attention du surveillant général, du censeur, du proviseur, sur la mauvaise qualité des aliments ou des boissons, ils sont mal reçus, considérés comme des élèves insubordonnés, parfois même punis, quand ils apportent un peu d'énergie dans leurs réclamations. L'épidémie de fièvre typhoïde, qui a sévi au lycée d'Alençon et occasionné environ 20 décès, était due à l'eau croupie, infecte, que l'on donnait aux élèves. Les réclamations réitérées de quelques-uns « des grands » pendant plusieurs semaines demeurèrent non avenues : l'eau qu'on vous donne est excellente, répétaient le censeur et le proviseur, tout en faisant une grimace lorsqu'on la plaçait sous leur nez. Ces hommes se sont rendus coupables d'homicides.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr SOCKEL, médecin adjoint du lycée de Douai, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Maugin, décédé. — M. le Dr DESMOULINS est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. Sockel, nommé titulaire.

NOMINATIONS DIVERSES. — Le comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Clamecy, est réorganisé M. le Dr Beaufils, 1er adjoint, en est nommé membre.

RÉCOMPENSES. — Une médaille d'honneur est décernée à M. le Dr Tisserant (médecin militaire), en témoignage du dévouement exceptionnel dont il a fait preuve lors d'une épidémie de fièvre pernicieuse qui a sévi en 1889-90, à Maktar.

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — *Formation du Bureau pour l'année* 1891. — Lecture est donnée des noms des membres du Bureau de la commission centrale pour l'exercice 1891. Ce dernier est constitué ainsi que suit : président, M. le vice-amiral Vignes ; vice-présidents, MM. Cheysson et Duveyrier ; secrétaire général, M. Charles Maunoir ; secrétaire adjoint, M. Jules Girard.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BELLAMY, chirurgien de Charing-Cross Hospital, à Londres. — M. le Dr CRAMOIZY (de Paris), reçu en 1851. — M. le Dr SORESTRE (de Paris). — M. BERGÈS, officier de santé de Gartz (Gers). — M. le Dr GANIEZ (de Damez Vosges). — M. le Dr LOMBARD, ancien médecin en chef de Sourds-Muets, officier de la Légion d'honneur, reçu en 1834. — M. LEROTY, pharmacien à Paris, décédé à 36 ans. — M. le Dr Robert GEE (de Liverpool). — M. le Dr LOISEAU, décédé à Louvain le 30 novembre 1890, à 52 ans. — M. le Dr ANTOINE, décédé à la Basse-Terre le 26 octobre 1890, ancien interne des hôpitaux de Rouen. — M. le Dr Gustave-Ernest-Marie LEFEBVRE, de l'Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand et du Cambodge. — M. le Dr BOURGEOIS (de Beauvais). — M. le Dr Marius GIRAUD, médecin principal de la marine de l'Etat, a été broyé sous un train, lundi dernier, 29 janvier, à la gare de Beuzeville-Bréauté, près du Havre. Il était descendu, à 10 h. 1/2, sur la ligne pour gagner le quai d'embarquement du côté de la gare, quand tout à coup survint sur la voie montante le train parti du Havre à dix heures. En l'apercevant, M. Giraud se gara. Malheureusement, il ne fit pas attention à l'arrivée, sur la voie descendante, du train venant de Paris, et dans lequel il devait monter. Le malheureux fut atteint par la machine, qui le renversa et lui passa sur le corps, ainsi que le tender et plusieurs wagons. On ne releva qu'un cadavre affreusement mutilé. M. Giraud était âgé de quarante-trois ans, il avait fait toute la campagne du Dahomey. Il appartenait à l'arrondissement maritime de Cherbourg et avait été envoyé en mission dans tous les ports de cet arrondissement, pour inspecter le service sanitaire. — M. le Dr Louis PIACHAUD, ancien chirurgien en chef de l'hôpital cantonal de Genève, décédé le 21 décembre 1890, à l'âge de 66 ans. Né à Genève en 1824, il fit ses études à Paris, à un moment où la Faculté de cette ville brillait d'un vif éclat, dit le Dr Marignac dans la *Rev. de la Suisse méd. Romande*. Nommé interne des hôpitaux de Paris en 1847, il obtenait en 1848 la médaille d'or de l'Ecole pratique. Ancien élève de Velpeau, Piachaud retourna à Genève et se voua à la chirurgie et aux accouchements. Ses publications sont fort nombreuses. Citons sa thèse : *Des déviations de l'utérus à l'état de vacuité* (1852); son mémoire sur les *fractures de jambe* (1870), etc., etc. On trouvera la liste complète de ses publications chirurgicales dans le journal auquel nous empruntons ces renseignements. Membre du club alpin suisse, ami des plantes et des montagnes, il fit en 1864 l'ascension du Mont Blanc ; il a consigné les remarques physiologiques qu'il a faites à ce propos dans un travail paru à la *Bibliothèque universelle*. (M. B.). — M. le Dr CRIBLE Henri (Londres). — M. le Dr DESPREZ (de Reims). — M. le Dr ANGELET (de Vailly sur-Aisne). — M. le Dr A.-C. MITTRE, médecin de la marine. — M. le Dr WARLOMONT (de Bruxelles). — M. le Dr Karl REYHER, ancien docent de chirurgie à la Faculté de médecine de Dorpat. — M. le Dr T.-G. BALFOUR, ancien chirurgien général de l'armée britannique. — M. le Dr D. KOSCHLAKOW, ancien professeur de médecine interne à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg. — M. le Pr SZOFALSKI (Victor), ophtalmologiste à Varsovie, ancien chef de clinique du Dr Sichel, auteur d'importants travaux d'ophtalmologie. M. J.-B. Joseph LIAGRE, membre de l'Académie des Sciences de Belgique, secrétaire perpétuel, décédé à Bruxelles, le 13 janvier 1891. M. le Dr BOUSQUET (de Marseille) est mort le 26 janvier dernier d'une façon très dramatique. Se trouvant chez un malade atteint de fluxion de poitrine, il se pencha pour l'ausculter et s'affaissa sur le lit pour ne plus se relever; il a succombé à une congestion pulmonaire.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. • N° 6. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 FÉVRIER 1891.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Quelques remarques sur le traitement des salpingites suppurées ;

par le Dr BOIFFIN, ancien prosecteur de la Faculté de Paris, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

Si l'on discute encore sur quelques points d'anatomie pathologique des suppurations du petit bassin, il est établi désormais que l'intervention est indiquée, dès que le diagnostic est posé, dans ces cas graves qui, il y a peu de temps encore, étaient regardés comme inaccessibles pour le chirurgien.

Actuellement, il s'agit de savoir par quelle voie l'on attaquera ces collections purulentes. Depuis peu de temps, en effet, la laparotomie n'est plus le seul mode d'intervention ; deux méthodes se trouvent en présence : la grande majorité des chirurgiens pratiquent l'ouverture des abcès de la trompe et des ovaires par la laparotomie; quelques-uns, à la vérité, dans des cas restreints, ouvrent encore simplement et drainent la tuméfaction au fond du vagin. Mais, dernièrement, M. Péan a choisi la voie vaginale pour ouvrir systématiquement toutes les suppurations ayant pour siège l'utérus et ses annexes (1) et enlever ces organes malades. Il déclare la castration abdominale insuffisante et ne pouvant s'adresser qu'aux cas relativement simples; de sorte que, dans tous les cas, il pratique par la voie vaginale l'hystéro-salpingo-ovariotomie, ou bien l'hystéro-salpingectomie, ou encore l'hystérectomie totale, selon les lésions qu'il trouve.

Cette méthode aurait donné d'excellents résultats à son auteur, qui la montre comme notablement supérieure à la laparotomie. Mais, il nous a semblé que, pour faire valoir tous ces avantages de la nouvelle méthode, son promoteur faisait un tableau bien sombre de la laparotomie, et, s'il ne nous est permis de juger que par le raisonnement ces nouveaux avantages qu'on fait si grands, nous pouvons du moins défendre ce que nous avons vu faire et fait nous-même. Or, pour ma part, je n'ai point gardé une telle impression des opérations auxquelles j'ai assisté. Dernièrement j'ai fait deux fois la laparotomie pour des salpingites suppurées graves, et ces observations rappellent peu la description suivante : « L'opération dure toujours un temps très long, et la malade, lorsqu'elle parvient à se relever du shock, lorsqu'elle échappe à la péritonite, conserve pendant des années, parfois même pendant toute sa vie, une fistule sinon dangereuse, du moins fort désagréable. »

Mes deux observations sont à peu près semblables au point de vue de la marche de l'affection, de l'opération et de ses suites.

Il s'agit de deux jeunes femmes de 28 et 30 ans, souffrant depuis sept ou huit ans du ventre, l'une à la suite d'un accouchement laborieux, l'autre à la suite d'une vaginite survenue dès les premiers jours de son mariage.

Après une période de plusieurs années de tolérance, des accidents aigus se manifestent : douleurs abdominales, douleurs du côté de la vessie, ténesme rectal intense, fièvre; l'état général, s'aggravant rapidement, nécessite l'intervention acceptée de suite par les malades.

Les collections étaient faciles à sentir par le vagin où elles faisaient une saillie notable, mais leur volume était difficile à apprécier par la palpation bimanuelle à cause de la douleur vive que déterminait toute pression : ces deux malades ont donc été opérées en pleine période d'accidents aigus.

L'ouverture de l'abdomen, mesurant 15 centimètres, permit de constater une fusion intime de l'épiploon induré, des anses intestinales inférieures avec l'utérus et ses annexes. Le premier sentiment que j'éprouvai en avançant la main fut que je n'arriverais pas à isoler les collections purulentes profondément situées ; mais, après quelques tâtonnements, ce travail se fit régulièrement. De chaque côté je parvins à dégager une tuméfaction, du volume d'une orange, adhérente par son bord inférieur et par ses deux extrémités. L'extrémité externe, plus volumineuse, était collée aux parois du petit bassin et constituée par le pavillon de la trompe formant une sorte de ventouse remplie de pus appliquée sur la paroi pelvienne ; le doigt, décollant ce bord adhérent, pénétra dans la cavité dont le contenu s'épancha dans le petit bassin. Mais déjà les intestins libérés avaient été relevés, cachés sous d'épais tampons stérilisés à 120°.

Ce liquide présentait des caractères très importants à noter : ce n'était pas du pus crémeux, du pus louable des anciens, mais un muco-pus glaireux, filant, adhésif, produit de sécrétion d'une muqueuse chroniquement enflammée.

Dans les deux cas, après l'ablation des annexes, le lavage à l'eau bouillie chaude du petit bassin emporta la plus grande partie de ce liquide purulent, mais ce fut surtout à l'aide de tampons que je pus débarrasser le fond de cette cavité des détritus sanieux qui y adhéraient.

Toutes ces manœuvres se firent facilement, à ciel ouvert, avec la possibilité de vérifier à tout instant le résultat, et sans qu'il y ait eu besoin de pratiquer « des tractions brutales et aveugles. »

Après cette toilette, un gros drain fut placé dans le cul-de-sac de Douglas, passant au bas de la plaie abdominale qui fut suturée comme d'ordinaire.

Les suites de ces deux opérations furent très simples: il n'y eut ni menace de shock, ni douleur de péritonite, pas d'élévation de température au-dessus de 38°.

Les drains, qui donnèrent passage à une assez grande quantité de sérosité pendant 48 heures, furent alors enlevés et leur trajet persista pendant 20 et 25 jours, laissant écouler quelques gouttes d'un liquide séreux, puis se ferma spontanément.

Une déduction importante peut être tirée de ces suites opératoires si simples : si le contenu de ces collections est virulent, cette virulence est singulièrement atténuée. En effet, quelque soin que l'on prenne, ce liquide muco-purulent souille toutes les parois du petit bassin et les organes qui se trouvent dans cette cavité; si ce

(1) *Bulletin médical*, p. 633, 1890.

pus était vraiment très septique, il déterminerait une infection rapide et violente avec une réaction inflammatoire intense, et cela malgré les nettoyages les plus minutieux de toutes ces anfractuosités : n'est-ce pas là une véritable expérience ?

Le pus de ces collections anciennes n'est pas très dangereux ; j'en ai eu, pour ainsi dire, une contre-épreuve dans ma première opération : la plaie abdominale avait été complètement et longtemps au contact de ce liquide purulent, et cependant la réunion était parfaite le 9e jour, l'orifice du drain ne laissait sourdre que de la sérosité. Mais, le jour de l'ablation des fils, je fis probablement usage de coton ou de gaze septiques, la suppuration envahit aussitôt cette partie inférieure de la suture abdominale et la désunit sur 5 à 6 centimètres.

Il ne faut donc pas tant redouter la rupture du kyste purulent : son contenu est certainement moins dangereux que les instruments et les mains du chirurgien ; ce sont eux qu'il faut plutôt incriminer, quand il survient des accidents septiques.

Que sont devenus nos deux malades ? La première était, avant l'opération, complètement épuisée et dans un état général déplorable ; ce ne fut qu'au bout de deux mois que ses forces lui permirent de partir à la campagne, où elle se remit assez vite. Dans ce cas, je doute fort que la méthode vaginale ait permis que « dès la deuxième semaine, la malade se lève et marche, et soit guérie au bout de la troisième semaine. »

L'autre opérée, dont l'état général était bien meilleur, partit le vingt-huitième jour. Actuellement, ces deux femmes sont très bien portantes et ne se plaignent nullement « d'éventrations considérables, ni de hernies volumineuses, non plus que d'énormes cicatrices chéloïdiennes. »

Ces deux observations viennent s'ajouter à bien d'autres pour établir que la castration abdominale donne de bons résultats, même dans des cas complexes et non pas seulement « lorsqu'il n'existe que des salpingo-ovarites catarrhales, ou lorsque les tumeurs suppurées sont de petit volume, récentes et sans adhésions vasculaires. »

D'autre part, le résultat est obtenu avec les moyens ordinaires à toute laparotomie, sans instrumentation spéciale, compliquée, difficile à manier : conditions qui ne sont pas indifférentes à tous les chirurgiens. Tout cet outillage est rendu inutile par un champ opératoire naturellement bien disposé pour y travailler à l'aise, où l'on tient les organes du petit bassin dans la main et sous les yeux.

Pour faire abandonner la laparotomie d'une façon systématique, la voie vaginale fait-elle donc disparaître les difficultés opératoires ?

Loin de là : elle les augmente souvent, car, de l'aveu de ses promoteurs, « l'ablation de l'utérus en pareil cas présente des difficultés sérieuses, en raison des adhérences nombreuses et fortes qui relient parfois les deux faces et le fond de l'utérus aux organes voisins ; les annexes sont maintenues dans une position vicieuse par des fausses membranes fibreuses, vasculaires, inextensibles. Il est, par ce fait, très difficile de décoller ces organes et de faire basculer dans le vagin le bas-fond de l'utérus. Il va sans dire que *les difficultés redoublent* lorsque le vagin est étroit, rigide, lorsque la cloison recto-vaginale est refoulée, œdématiée, le cul-de-sac vagino-péritonéal épaissi, distendu, effacé. »

Il y a loin, en effet, de cette opération complexe à une hystérectomie vaginale simple.

Plus loin nous trouvons : « L'opérateur doit toujours voir et savoir ce qu'il fait ; » cela semble bien difficile à réaliser dans les conditions que nous venons de voir ; nous comprenons bien, au contraire, que l'examen des débris retirés doit être quelquefois assez attentif pour assurer que ce n'est pas le bas-fond de la vessie que la pince a rapporté, et qu'il faut encore une grande habileté opératoire pour ne pas « serrer entre les mors de la pince un des uretères ou une anse d'intestin. » L'on conçoit avec peine qu'au milieu de ces soudures d'organes multiples on puisse toujours « facilement se rendre compte de l'état des annexes. »

Que deviennent donc ces difficultés lorsque, sans que l'examen clinique ait permis d'en déceler la présence, on se trouve aux prises avec des corps fibreux de l'utérus compliquant la suppuration du petit bassin pour laquelle on a entrepris l'opération ! Combien dure cette opération ? elle doit être bien longue.

Enfin, si le shock est à craindre après ces interventions plus ou moins laborieuses, n'est-ce pas plutôt quand on est obligé de laisser une dizaine de pinces au fond du vagin ; la douleur qu'elles produisent est très vive pendant les vingt-quatre premières heures, d'abord sur les organes qu'elles étreignent et puis sur le vagin et la vulve où elles pèsent d'un poids assez lourd.

Nous ne trouvons que deux avantages à la méthode vaginale : d'abord, on ne met pas à découvert la masse intestinale et surtout on ouvre les collections purulentes à leur partie déclive, le drainage se fait donc naturellement.

Nous avons montré qu'un chirurgien rigoureusement aseptique n'a pas beaucoup à redouter la présence de la masse intestinale dans le champ opératoire.

Quant au drainage, s'il était nécessaire qu'il fût vaginal, rien ne serait plus simple que de faire passer un gros tube par le fond du cul-de-sac de Douglas dans le vagin. Ces deux avantages de la nouvelle méthode sont donc encore bien discutables.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'internat.* — Les dernières questions posées à l'épreuve orale ont été : *Veine cave supérieure ; Insuffisance tricuspide (causes, signes et diagnostic). — Creux palmaire ; Phlegmon de la main. — Valvules du cœur gauche ; Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique.*

POLICLINIQUE DE PARIS. — A partir du 6 février une série de conférences publiques et gratuites aura lieu à la *Policlinique de Paris*, 28 rue Mazarine, sous la présidence de M. JACQUES, député de la Seine : En voici la liste : 6 février. M. ARTHAUD : *Nouveaux traitements de la Tuberculose ;* — 13 février, M. LEDÉ : *Les enfants de Paris en nourrice et leur mortalité ;* — 20 février, M. PROU : *Origines de l'Hôtel-Dieu de Paris ;* — 27 février, M. CAPUS : *Asie centrale, hommes et choses ;* — 6 mars. M. LEGUÉ : *Urbain Grandier ;* — 13 mars, M. BUTTE : *Les parasites de la peau ;* — 20 mars, M. Rodolphe DARZENS : *Les poètes fous ;* — 10 avril, M. GILLET : *La vaccine ;* — 17 avril, M. Albin ROUSSELET : *Assistance publique ;* — 26 avril, M. Georges DARZENS : *La chimie en médecine.*

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — La Société française d'hygiène vient de renouveler son bureau pour 1891. Ont été élus, à la presque unanimité des suffrages : *Président :* M. Chevandier, (de la Drôme). — *Vice-Présidents :* MM. Péan, Ladreit de Lacharrière, Passant, Fichet, Cacheux et Mary-Durand. — *Secrétaire général :* M. de Pietra Santa. — *Secrétaire général adjoint :* M. Moreau de Tours. — *Secrétaires :* MM. Joltrain, Monin, Brémond, Blayac, Rouxel et Delacroix. — *Trésorier :* M. Clifort. — *Bibliothécaire :* M. Hamon. — *Chefs du laboratoire :* MM. Brillé et Dupré.

REVUE CRITIQUE

Séméiologie nerveuse de la langue;

par MM. **Du Pasquier** et **Marie**, internes des hôpitaux.

A part quelques mémoires ayant trait à cette partie de la séméiologie nerveuse dans le tabes, l'hystérie, nous ne connaissons que la thèse de M. le Dr Simon (1): « La langue névropathique », où la question soit envisagée à un point de vue général. Très nombreuses sont cependant, dans la littérature médicale, les observations de maladies nerveuses, de tabes, de scléroses bulbaires, de névropathies, où des troubles de la langue ont été consignés; ce sont ces faits un peu isolés et épars que nous avons voulu distraire et présenter dans une revue aussi succincte que possible, croyant que notre travail, revêtant cette forme, ne serait pas sans intérêt. A côté de l'étude simple et connue des symptômes paralytiques de la langue atteignant la sensibilité et la motilité, nous y avons joint une étude plus précise et plus physiologique de la motilité de cet organe (méthode des pesées du Dr Féré), en en déduisant les quelques considérations que les résultats obtenus permettent d'en tirer.

La langue, pouvant être atteinte dans sa motilité, sa sensibilité et sa nutrition, nous avons divisé notre travail en troubles sensitifs, moteurs et trophiques, en faisant rentrer dans les premiers la sensibilité générale et spéciale, et l'étude du sens musculaire dont cet organe est le siège; dans les seconds, les paralysies, les tremblements et les spasmes, enfin, dans les troubles trophiques, l'atrophie et l'hypertrophie.

I. — TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

La langue présente plusieurs formes de sensibilité. Elle est douée d'une sensibilité spéciale, le goût, et de tous les modes de sensibilité générale : sensibilité au toucher, à la douleur, à la température.

Ces diverses propriétés peuvent être altérées ou anéanties dans les affections nerveuses : tantôt le goût seul est atteint; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, les sensibilités spéciale et générale sont altérées simultanément.

A. — Modifications de la sensibilité générale.

Elles consistent en anesthésie et en hyperesthésie ou glossalgie.

1° *Anesthésie.* — L'anesthésie est sous la dépendance soit d'une maladie cérébrale en foyer (hémorrhagie, ramollissement, tumeur), soit d'une lésion du trijumeau, soit enfin de l'hystérie.

Dans chacun de ces cas, l'anesthésie est presque toujours unilatérale et compliquée d'accidents paralytiques; elle coïncide avec l'abolition ou la conservation du goût.

a) *Lésions en foyer.* — Autrefois on considérait l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle comme un symptôme presque spécifique de l'hystérie. Aujourd'hui, à la suite des expériences de Veyssière sur la capsule interne, et de nombreux faits cliniques vérifiés à l'autopsie, on sait que toute lésion (hémorrhagie, ramollissement, tumeur) des circonvolutions du lobe occipital, du faisceau récurrent de Meynert, du tiers postérieur de la capsule interne (carrefour sensitif), de la couche optique, du pédoncule cérébral dans sa partie externe, de la protubérance, se traduisent au lit du malade par une hémiplégie compliquée d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, intéressant la peau, les organes des sens, les muqueuses, et la muqueuse linguale en particulier. — Celle-ci cesse de réagir aux excitations du toucher, de la douleur, de la température, dans la moitié correspondante au côté de l'hémiplégie; de plus le goût est perdu ou seulement émoussé. Mais, dans le cas de lésion protubérantielle, l'hémianesthésie linguale et faciale peut être croisée par rapport à celle des membres. Toutefois il existe une observation de lésion protubérantielle, où Brown-Séquard constate une anesthésie de la langue du côté opposé à l'anesthésie faciale, ce qui semble indiquer que les fibres du lingual ne s'entre-croisent pas au même niveau que les autres filets du trijumeau.

b) *Lésions du trijumeau.* — L'hémianesthésie linguale a été également observée dans les lésions intéressant le trijumeau dans sa portion périphérique (traumatismes, maladies des os de la face) ou intracrânienne (affections des méninges, syphilis).

c) *Hystérie.* — L'anesthésie y est beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite; elle peut être associée ou non à la perte du goût.

Souvent elle est précédée de fourmillements et de picotements à la langue; d'autres fois elle survient brusquement après une attaque d'hystérie; dans ce cas surtout, les malades n'ont aucune connaissance de cette anomalie sensitive. La durée peut être passagère comme aussi présenter une longueur désespérante.

2° *Hyperesthésie. Névralgie.* — L'hyperesthésie linguale comprend tout aussi bien la douleur réelle de la langue que la simple exagération de sa sensibilité.

Elle se présente sous forme de picotements, de brûlures, ou d'élancements constituant de véritables accès névralgiques. Elle est tantôt étalée en surface; tantôt elle suit le trajet des rameaux nerveux.

Nous ne ferons que mentionner la glossalgie liée aux traumatismes, aux inflammations, aux ulcérations et spécialement aux ulcérations cancéreuses. C'est surtout dans l'hystérie et dans les névralgies de la cinquième paire qu'on a noté l'hyperesthésie de la langue; il existe même des cas de névralgie exclusivement limitée à cet organe.

a) *Hystérie.* — Les organes des sens, dit Monneret, peuvent, chez les hystériques, être le siège d'hyperesthésie, et acquérir ainsi une finesse dont on ne peut avoir une idée si on ne l'a pas observée, et qui explique certains faits attribués au magnétisme. L'hyperesthésie de la muqueuse linguale peut être poussée au point de rendre douloureux l'accomplissement des fonctions qui lui sont dévolues.

b) *Névralgies.* — Il arrive fréquemment, dans la névralgie trifaciale, que la douleur se prolonge dans la langue; le « point lingual » a été noté par Valleix.

Halliday cite le cas de Brewer : « La douleur avait constamment pour siège le côté gauche de la langue, à la partie la plus large. Il y avait des temps où elle se faisait sentir très fréquemment et où le moindre mouvement, soit pour parler, soit pour mâcher les aliments, la faisait reparaître, en excitant, chez les malades, des contorsions pénibles à voir. » Une autre observation est celle du Dr Roser (1) : « un homme de 71 ans ressentait dans le côté gauche de la langue des douleurs si violentes, surtout pendant les mouvements, qu'il ne pouvait parler ni prendre d'autre nourriture que des aliments liquides. La douleur cessa après section du lingual. » Citons encore l'observation du Dr Nelfe, publiée dans *Wiener med. Zeitung*, d'après laquelle les phénomènes douloureux cédèrent à quelques séances de faradisation.

Les cas de névralgie limitée au nerf lingual sont très rares et rebelles à tout traitement. Leurs causes sont difficiles à préciser : la carie dentaire, un courant d'air en wagon ont été notés.

Tantôt il s'agit de paroxysmes douloureux avec des rémissions complètes; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la douleur est persistante, s'aggravant pendant les mouvements de la langue, la parole, l'examen de la bouche. Elle n'est pas limitée à la distribution du lingual, mais s'étend au domaine du glosso-pharyngien. Le point douloureux peut siéger sur le bord de la muqueuse, ou bien derrière la dernière molaire. Mais dans la majorité des cas, toute la langue est sensible. Albert, chez quelques sujets, aurait trouvé une petite excroissance sur le bord de l'organe, d'apparence condylomateuse (2).

En dehors de la névralgie du trijumeau, on rencontre

(1) Ch. Simon. — Langue névropathique.— Thèse doct., Paris, 1889.

(1) *Arch. für phys. Heilk.*, t. XIV.
(2) Butlin. — Diseases of the tongue.

les douleurs de la langue, associées ou non à des douleurs faciales, dans le tabes, la paralysie générale; quelquefois, les malades se croient atteints d'ulcérations linguales. Les ulcérations imaginaires de la langue, étudiées par Verneuil, s'accompagnent souvent d'une fluxion locale de la muqueuse, rougeur, tuméfaction.

Les sujets sont d'autant plus disposés à croire à une ulcération que le point douloureux, siégeant, en général, à la partie postérieure de l'organe, est inaccessible à l'examen. Dans une observation d'ulcération imaginaire rapportée par Simon dans sa thèse (1), et due au professeur Verneuil, l'examen permit de constater, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs de la langue, sur son bord droit, une papille caliciforme légèrement tuméfiée; sur le bord gauche, on percevait la saillie rugueuse et inégale de la même papille caliciforme (2).

L'étiologie de ces ulcérations imaginaires de la langue est obscure ; mais, que l'on invoque l'arthritisme ou non, ces malades sont toujours des névropathes ; cette opinion est celle de MM. Hardy et Besnier. Ce serait donc à juste titre qu'on aurait représenté cette affection comme le prodrome d'un état pathologique des centres nerveux, devant se révéler plus tard : ainsi un malade de M. Verneuil serait mort paralytique général, un malade de M. Fournier serait devenu tabétique (3).

De même, certaines inflammations du conduit auditif externe peuvent s'accompagner de névralgie linguale, la partie antéro-supérieure du conduit auditif externe étant innervée par un rameau de la branche auriculaire de l'auriculo-temporal.

Une observation de ce genre est rapportée dans la thèse de Simon. Il s'agit d'un neurasthénique se plaignant d'une vive douleur sur le bord droit de la langue. En examinant ce point, on voyait de temps en temps une rougeur apparaître sur une petite région large comme une pièce de 50 centimes, puis s'effacer. Cette rougeur coïncidait avec une série d'élancements douloureux. Le malade croyait à une ulcération ; en même temps il se plaignait d'un écoulement purulent de l'oreille. M. Féré, qu'il était venu consulter, engagea le malade à faire une irrigation énergique qui fit expulser un bouchon cérumineux très dur. Les symptômes douloureux s'amendèrent alors et disparurent complètement 5 jours après la guérison du conduit auditif.

c) *Epilepsie.* — Enfin, ces troubles de la sensibilité générale se trouvent quelquefois d'un seul côté chez les épileptiques, mais sont beaucoup moins marqués. Chez un certain nombre de sujets, à la suite des accès d'épilepsie, on a observé des anesthésies ou des dysesthésies de la sensibilité générale et spéciale qui durent un temps variable à la suite du paroxysme. Ces troubles font partie des éléments de la stupeur post-épileptique.

B. — Modifications de la sensibilité spéciale.

Comme on n'a trouvé, ni dans leur composition chimique, ni dans leur action générale sur la nutrition, la cause de leur sapidité, il est très difficile de classer les corps sapides. Les physiologistes se sont donc contenté de classer, d'après l'appréciation même de notre sens, les saveurs en : 1° sucrées ; 2° acides ; 3° amères.

La partie postérieure de la langue innervée par le glosso-pharyngien serait le siège des saveurs amères ; la partie médiane antérieure paraît insensible ; quant aux bords et à la pointe, innervés par le lingual et la corde du tympan, ils seraient impressionnés par les substances acides et salines.

Le pneumogastrique envoie par le laryngé supérieur des filets dans la région postérieure de la langue.

Par la voie de ces nerfs, les impressions gustatives arrivent à la substance grise de l'écorce, en traversant une série de centres, mal déterminés, la protubérance annulaire (Vulpian), le centre médian des couches optiques (Luys). Les fibres les plus internes du faisceau sensitif, au niveau de la capsule interne, conduiraient les impressions des sens spéciaux (Ballet) jusqu'aux circonvolutions occipitales, zone sensitive, où viennent se réunir toutes les impressions sensorielles, sans que les expériences aient pu démontrer l'existence d'un centre gustatif spécial.

De cet exposé anatomique, il résulte que la sensibilité gustative pourra être modifiée dans les affections des nerfs de la langue et dans celles des diverses portions des centres nerveux, noyaux bulbaires, protubérance, circonvolutions occipitales, en connexion directe ou indirecte avec eux.

Ces modifications de la sensibilité spéciale de la langue peuvent consister dans :

1° La diminution ou la perte totale de la gustation. (Ageusie de Spring ; ageusie de Romberg) ;

2° L'hyperesthésie gustative (hyperageusie) ;

3° La perversion du goût (parageusie ; allotriogeustie).

1° *Ageusie.* — Elle est constante dans les lésions de la 9e paire, du trijumeau (névralgies, paralysies) et du facial, qui compromettent l'intégrité des fonctions de la corde du tympan.

Nous ne nous arrêterons pas sur la diminution du goût liée à l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle symptomatique d'une lésion cérébrale à foyer. Une thrombose de l'artère vertébrale comprimant le pneumogastrique, dans un cas célèbre de Pope, avait déterminé une perte unilatérale du goût à la base de la langue.

Les premières observations d'altération du goût dans la paralysie faciale sont dues à Claude Bernard (1) ; tantôt c'est une diminution ou même une abolition complète de cette sensibilité spéciale dans les deux tiers antérieurs de la langue ; tantôt c'est un retard considérable dans la perception des sensations ; tantôt encore c'est une saveur anormale perçue par le sujet : goût métallique, acide. Ces troubles apparaissent et disparaissent avec les autres signes.

La sensibilité générale reste intacte. Le fait clinique est incontestable et admis par tous; mais l'explication physiologique complète en est encore fort obscure.

Longet attribuait ces phénomènes à la sécheresse plus grande de la langue dans les cas de paralysie faciale. Aujourd'hui on admet que le facial exerce une certaine action sur le goût par l'intermédiaire de la corde du tympan. Mais la question n'en reste pas moins pleine d'obscurité et on peut, avec Grasset (2), classer en trois grandes catégories les théories proposées sur la physiologie du goût et les rapports de ce sens avec le facial :

1. — Dans un premier système, le *facial* a une action indirecte, motrice, sur l'exercice du goût ; c'est la théorie de Cl. Bernard : la corde du tympan exercerait son influence gustative en amenant l'érection des papilles linguales.

2. — Dans un second système, le *trijumeau* est le nerf gustatif de la partie antérieure de la langue. Parmi les physiologistes partisans de cette théorie, les uns font passer l'impression directement par le lingual et le trijumeau (Rouget) ; d'autres par le lingual, la corde du tympan, la partie périphérique du facial et le trijumeau (Stich) ; d'autres ne se prononcent pas sur le trajet précis (Vulpian).

3. — Dans un troisième système, le goût a un nerf spécial, distinct du facial et du trijumeau, dans la partie antérieure de la langue : le nerf de Wrisberg, rameau erratique du glosso-pharyngien, qui passerait par le ganglion géniculé pour reparaître sous le nom de corde du tympan (Duval). Dans cette dernière hypothèse, le goût aurait un seul nerf pour toute la langue : à savoir le glosso-pharyngien.

Dans chacune de ces théories, la possibilité des troubles

(1) Ch. Simon. — La langue névropathique. Paris, 1889.

(2) Des ulcérations imaginaires de la langue ; par le professeur Verneuil. Séance de l'Académie de médecine, 27 décembre 1887.

(3) Galippe. — De l'obsession dentaire (*Archives de Neurologie*, janvier 1891).

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, 1843, 1re série, p. 435.

(2) Grasset. — Maladies du système nerveux, 3e édition, p. 806.

gustatifs dans la paralysie faciale est conçue d'une manière différente.

Dans la théorie de Cl. Bernard, les troubles peuvent se produire, quel que soit le siège de l'altération de la septième paire, au-dessus de l'émergence de la corde du tympan ; dans l'hypothèse de Rouget, on comprend mal la perte du goût quand le facial seul est altéré.

Si l'idée de Schiff se vérifie, le facial n'est mêlé à l'exercice du goût que dans une portion de son trajet, entre le point d'émergence de la corde du tympan et le ganglion géniculé ; d'après Stich, au contraire, il faudrait que l'altération siégeât entre l'émergence de la corde du tympan et la périphérie. Mais nous devons ajouter que tous les physiologistes sont loin d'admettre les fonctions sensitives de la corde du tympan. Les expériences les plus récentes à ce sujet sont celles de Vulpian, qui voit dans les filets que ce nerf donne à la langue des fibres analogues à celle qu'il donne à la glande sous-maxillaire. (*Société de Biologie*, 1873). En effet, l'excitation de ces filets a donné à Vulpian, dans la moitié correspondante de l'organe, des phénomènes analogues à ceux qui se passent dans la glande sous-maxillaire pendant l'électrisation du même nerf ; c'est-à-dire que la langue, du côté électrisé, rougit et s'échauffe. La corde du tympan serait donc un nerf vaso-moteur présidant ici encore à la dilatation des vaisseaux.

On comprendrait ainsi comment les paralysies faciales peuvent troubler le sens du goût, le fonctionnement de la muqueuse linguale étant incontestablement influencé par la vascularisation de l'organe.

La conception de Duval sur le glosso-pharyngien, qui deviendrait le nerf du goût de la langue tout entière, expliquerait l'abolition du goût dans toute l'étendue de la langue, chez un malade cité par Grasset, et atteint de paralysie labio-glosso-laryngée secondaire (1), le noyau d'origine bulbaire du nerf de Wrisberg faisant partie de la masse grise d'où part le nerf de la neuvième paire.

L'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie, la manie, abolissent souvent la faculté gustative.

Certaines hystériques conservent dans toute son intégrité la sensibilité générale de la langue, qui sont incapables de distinguer les substances acides, salines, amères, sucrées.

Dans l'épilepsie, le goût paraît affecté concurremment avec la sensibilité générale de la langue, et de la même manière que l'odorat et les autres sens.

« J'ai exploré, dit Féré (2), sur 20 malades la sensibilité gustative à l'aide de solutions de sucre à 1.2 0/0, de sel marin à 0.25 0/0, de sulfate de quinine à 0.003 0/0 ; sauf chez 4 malades, j'ai trouvé qu'après les paroxysmes il faut augmenter la quantité de la solution mise au contact de la base de la langue pour provoquer une sensation. Bien que j'aie commencé les excitations par les solutions sucrées et salées, j'ai vu que constamment les quantités devaient être plus augmentées que pour les solutions amères ; il semble donc que la gustation des substances salées et surtout sucrées soit plus altérée. Deux malades étaient incapables, pendant plus d'une heure après l'accès, de sentir une solution saturée de sucre. Les différences de sensibilité gustative à l'état sain, et dans la période postparoxystique varient considérablement chez les divers malades, tellement qu'il est impossible d'établir une règle. » Le temps de réaction pour les sensations gustatives, c'est-à-dire le temps nécessaire pour qu'une impression se transmette aux centres nerveux et donne lieu à une perception, étudié à l'état normal par Beaunis, ne paraît pas avoir été pris dans les affections du goût. (*A suivre*).

(1) *Montpellier Médical*, 1878, XL, 512.
(2) Ch. Féré. — Epilepsies et épileptiques, 1890.

Crémation. — Il y a eu en 1890, au crématoire de Woking, en Angleterre 53 incinérations.

Le choléra en Syrie. — Le total des décès officiels serait de 4,170, d'après les chiffres communiqués au Comité d'hygiène. L'épidémie, dans cette région, touche d'ailleurs à sa fin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les Femmes pharmaciens.

« Comment se fait-il que depuis vingt ans bientôt les femmes aient pris goût aux études médicales ; comment se fait-il qu'une cetaine d'entr'elles exercent désormais, — avec autant de distinction d'ailleurs que la majorité de leurs confrères du sexe fort, — les fonctions, assez peu agréables en somme, de médecin praticien ; et que pas une seule femme n'ait encore songé à embrasser la profession de pharmacien ? »

Telle est une des premières questions que je me suis posées, à mes débuts dans le journalisme médical ; tel est le problème que pendant cinq minutes, chaque semaine au moins, je m'efforce de résoudre depuis plusieurs années. J'avoue de suite qu'aujourd'hui encore la solution m'échappe : mais je voudrais au moins faire connaître dès maintenant les données sur lesquelles je raisonne en vain.

Je viens d'être trop affirmatif en disant que pas une femme n'a jusqu'à présent étudié la pharmacie. De la courte enquête faite à ce propos, il résulte en effet qu'il existe en France une femme, au moins, reçue pharmacien ; et, si les renseignements obtenus sur cette question sont exacts, cette femme aurait même une situation presque officielle (1). En vertu de cette loi de grammaire française, souvent invoquée, mais parfaitement incompréhensible, que l'exception confirme la règle, on pourrait ne tenir aucun compte de ce cas, qui paraît unique. Je préfère enregistrer le fait, sans plus de commentaires, priant mes lecteurs d'adresser au journal les rectifications nécessaires, s'il s'est glissé quelques erreurs dans mes informations (2).

En Angleterre, où les carrières libérales, sauf l'étude du droit, sont toutes de libre accès pour les femmes, la corporation des pharmaciens a récemment ouvert ses portes aux dames. Comme elle a seule le droit de disposer des permis d'exercer, les femmes ne peuvent donc, en ce pays, s'établir pharmaciens que depuis mai 1888, à la seule condition de justifier des titres spéciaux (3). On n'a jamais dit si quelqu'une d'entre elles avait usé jusqu'à présent de cette permission, de l'autre côté du détroit.

En Italie, un ministre de l'intérieur a, paraît-il, songé jadis à cette question ; il aurait autorisé les femmes à exercer la pharmacie. Mais ce ministre ne nous a pas semblé comprendre comme nous l'existence possible de la femme pharmacien. Aussi n'insistons-nous pas.

En Russie enfin, le ministre de l'instruction publique a émis, en août 1888, un avis favorable sur l'admission des femmes à la profession de pharmacien. Dorénavant, en ce pays, les dames peuvent être admises en qualité d'élèves dans les pharmacies, après avoir présenté un certificat des quatre classes de grammaire, à condition

(1) D'après le *National* du 17 septembre 1884, la première femme qui ait eu le droit de composer des potions selon la formule serait Mlle Doumergue, bachelier ès sciences de la Faculté de Montpellier, établie en 1869. Elle seule, croyons-nous, a le droit d'exercer en France la pharmacie. — Si nous ne nous trompons pas, elle serait pharmacien titulaire du lycée de Toulouse.

(2) Le *Progrès médical* recevra avec plaisir toutes les communications qu'on voudra bien lui faire parvenir à ce sujet. Les documents adressés seront publiés, s'ils présentent un intérêt général.

(3) *Bullet. méd.*, 6 juin 1888, p. 756

de savoir le latin elles obtiennent le titre voulu, après une série d'examens subis dans une des Facultés de l'Empire (1).

La *Revue scientifique*, qui nous a fourni ce renseignement, faisait remarquer à ce propos : Nous ne pouvons qu'approuver cette mesure, car la profession de pharmacien, sédentaire, fort minutieuse, peu fatigante en somme, convient parfaitement aux dames, beaucoup mieux que celle de médecin ; et on se demande par suite de quel singulier préjugé aucune femme chez nous n'a encore embrassé cette carrière.

La *Revue scientifique* ne savait point sans doute que nous nous étions demandé tout cela depuis assez longtemps. Voici ce que nous écrivions, en effet, dès le 1er janvier 1887, à propos d'une note d'un rapport de M. Béclard au Conseil académique : « Jusqu'à présent, disait, sans y insister davantage, ce maître éminent, aucune femme ne s'est fait inscrire comme élève à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et c'est là un fait vraiment remarquable ! » Nous ajoutions : « Oui, c'est là un fait très remarquable et digne d'attention ; il serait bon d'en rechercher la cause, etc. (2). »

Ce cours historique terminé, prenons le taureau par les cornes, et cherchons pourquoi les femmes, pourvues de l'un des grades d'enseignement secondaire que l'on sait, diplôme de grammaire ou baccalauréat, ne veulent point s'adonner aux études pharmaceutiques. Trouverons-nous? *That is the question !*

Il y a, il faut bien le reconnaître, une condition assez ennuyeuse à remplir, avant de pouvoir se faire inscrire à une Ecole de pharmacie. On exige trois ans de stage préliminaire dans une officine, et, comme contrôle, un certificat d'examen de stage. Est-ce ce stage nécessaire qui arrête les femmes ? Trouvent-elles indigne d'elles de passer trois années derrière un comptoir, de servir d'auxiliaire à un maître du sexe masculin ?

Nous n'en croyons rien. La raison qui nous semble la plus plausible pour expliquer ce dédain de la pharmacie est bien plutôt la suivante : Les femmes, assez intelligentes et assez énergiques pour obtenir un diplôme quelconque d'enseignement secondaire, se croient appelées aux plus hautes destinées : elles pensent sans doute que, puisqu'elles ont pu gravir les premiers échelons, elles sont capables d'atteindre le sommet de l'échelle sociale. Elles ne trouvent pas suffisamment distinguée la profession de pharmacien et veulent monter plus haut. Nous voudrions montrer qu'elles ont tort, s'il est vrai qu'elles raisonnent ainsi.

En tous cas, il est bien facile de comprendre tous les avantages que la Société retirerait d'un tel changement dans les mœurs, car nous ne verrions aucun inconvénient — on nous pardonnera d'aller d'emblée si loin, — à ce que presque toutes les officines soient confiées à des femmes. Mais, confessons-le de suite : nous n'avons pas aujourd'hui la prétention de convaincre personne ; encore moins de faire naître des vocations ou de bouleverser les errements actuels. Non. Nous voulons simplement consigner ici les réflexions que cette idée nous a suggérées, attirer l'attention sur une innovation qui, suivant nous, mérite examen et faire naître, sur ce sujet, un mouvement d'opinion.

En premier lieu, il n'est pas inutile de faire remarquer que les études pharmaceutiques, mêmes les plus sérieuses, sont plus à la portée d'une femme que les exercices anatomiques ou physiologiques, les travaux pratiques de médecine opératoire ! C'est l'évidence même et il serait naïf de vouloir démontrer ici qu'il est moins répugnant, à un cœur sensible et mal cuirassé encore, de rincer un bocal que l'intestin d'un cadavre. D'autre part, les études médicales sont plus longues, plus coûteuses, un peu plus difficiles. Il suffit de comparer la population des Ecoles et Facultés de médecine et de pharmacie pour être convaincu de l'importance de ce dernier facteur, le difficulté des études médicales, ceci dit sans vouloir démontrer par là qu'il ne sort jamais des Ecoles de pharmacie des sujets d'élite, des élèves brillants, de véritables savants, voire même des hommes de génie !

Enfin on voit sans peine quels services rendraient dans les campagnes et dans les villes les femmes pourvues du diplôme de pharmacien. Profession facile, souvent trop absorbante pour un homme qui a dû se livrer jadis à des études prolongées, qui en est parfois réduit au métier de simple commerçant et dont le niveau intellectuel mérite souvent un meilleur sort, la pharmacie nous semble parfaitement convenir à la femme dont la vie, forcément sédentaire pendant une grande partie de son existence d'épouse, doit se passer plutôt à la maison qu'en courses chez des malades couchés aux quatre coins d'une ville ou d'un canton. Combien de jeunes filles, de bonne famille mais sans dot, pourvues d'une instruction secondaire très solide, institutrices sans place ou diplômées sans emploi, pourraient remplacer certains pharmaciens de 2e classe, si elles avaient fait les études techniques nécessaires ! Or, ces études sont, en somme, d'une difficulté à peine plus grande que celles qu'on exige pour entrer dans les Ecoles normales supérieures. Qui, plus qu'une femme, vraiment digne de ce nom, plus qu'une mère dans le besoin, est apte à travailler chaque jour dans un laboratoire, à préparer avec la minutie nécessaire les solutions, les potions journellement prescrites par les médecins ? Et si cette coutume s'acclimatait chez nous, ne serait-ce pas là un débouché considérable pour toutes ces riches-pauvres, sans fortune suffisante pour vivre sans travailler, mais d'un niveau social et d'une instruction telle qu'elles ne peuvent consentir à vivre de la vie d'atelier !

Des esprits mal intentionnés ont déjà prétendu que les femmes étaient trop étourdies (ils ont même ajouté... trop frivoles, pour ne pas dire davantage) pour qu'on leur confiât la préparation de médicaments dangereux ! C'est là un argument qu'on nous saura gré de ne pas réfuter : le sexe fort se donne vraiment, en semblable occasion, un rôle par trop beau. La notion de la responsabilité personnelle n'est pas, croyons-nous, et, en tous cas, ne doit pas être l'apanage exclusif des hommes.

Il n'est pas discutable, comme nous le disions plus

(1) *Revue scientifique*, n° 10, 8 septembre 1888, p. 315.
(2) Nous renvoyons le lecteur à cet article que nous ne voulons pas reproduire ici. Voir *Progrès médical*, n° 1, janvier 1887, p. 10 ; et les suivants : n° 31, p. 420, 21 mai 1887 ; — n° 36, 1890, p. 182 et 192, etc., etc.

haut, que la profession médicale présente plus de charmes, comporte une plus grande liberté d'allures. Elle satisfait davantage les esprits élevés, d'une haute culture intellectuelle. Mais, il faut l'avouer, la haute culture intellectuelle, chez la femme, c'est encore aujourd'hui l'exception. Et la plupart de nos étudiantes — qu'elles ne m'en veuillent pas pour cet aveu dépourvu d'artifice ! — seraient certainement mieux ou aussi bien sur les bancs de l'Ecole de pharmacie! D'ailleurs, celles qui se lancent dans la médecine (je ne parle pas des étrangères) savent bien que leurs débuts seront durs, car elles ne peuvent se fixer qu'à Paris : la province ne les voit point d'un œil favorable. — Les jeunes filles pauvres auraient donc plus d'avantage à s'adonner aux études pharmaceutiques ; certainement les petites villes les accueilleraient bien plus facilement que si elles voulaient exercer la médecine ! Plus de débouchés s'ouvriraient devant elles. En voulez-vous une preuve des plus manifestes: la seule femme, reçue pharmacien en France, n'exerce-t-elle pas en province? D'autre part, ne sait-on pas que la plupart des femmes de médecin de campagne préparent les ordonnances de leurs maris, s'il n'y a pas de pharmacie dans la localité !

Il est peu probable que ces lignes tombent jamais sous les yeux de personnes susceptibles d'être convaincues, de jeunes filles ou de femmes à la recherche d'une position sociale et capables de forcer un jour la porte de la corporation des pharmaciens français. D'ailleurs, pour le choix d'une profession, tout conseil est en général superflu, surtout quand il s'agit de s'adonner à des études qui exigent un véritable courage, une longue patience, une conviction sincère. En pareille matière, la vocation prime tout. Mais, ce qui importe d'abord, c'est que toutes les femmes qu'une volonté bien arrêtée poussera dans cette voie ne trouvent pas sur leur route d'insurmontables obstacles. Il faut donc s'efforcer de les aplanir ; il faut, en outre, encourager d'avance les vaillantes qui, un jour ou l'autre, s'efforceront de sortir de l'ornière, de quitter les chemins battus, pour entrer dans une carrière aléatoire à ses débuts, mais certainement pleine d'avenir pour elles.

C'est ce que nous avons voulu faire en signalant aux médecins, nos lecteurs, qu'il serait bon de faire, dans le milieu favorable, — que nous n'avons pas besoin de définir ici et qu'ils connaissent bien, — une propagande active en faveur de cette idée, qui nous parait fort défendable. Oh ! Nous le savons : beaucoup pensent comme nous, mais

La foi qui n'agit point, est-ce une foi sincère

qu'ils se mettent donc à l'œuvre, eux aussi, s'ils veulent qu'on réussisse !

Resterait à savoir si, à l'Ecole de pharmacie et dans les sphères gouvernementales, on verrait d'un bon œil cette petite révolution. Quant à nous, nous sommes persuadé qu'on ouvrirait largement aux jeunes filles studieuses, pourvues des certificats exigés, les portes de l'Ecole ; et si les professeurs y voyaient jamais quelques inconvénients (1), nous avons heureusement un Ministre de l'Instruction publique qui, certainement, les contraindrait à imiter leurs collègues des Facultés des sciences et de lettres, de médecine et de droit. Marcel BAUDOUIN.

(1) D'un autre côté, l'Administration de l'Assistance publique à Paris, qui ne peut plus, de par des antécédents déjà assez nombreux, interdire aux femmes l'entrée de l'internat en médecine des hôpitaux, serait obligée, elle aussi, d'admettre les femmes étudiantes en pharmacie au concours de l'internat en pharmacie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 31 janvier 1891. — PRÉSIDENCE DE M. Ch. RICHET.

M. FÉRÉ. — *Sur les effets de l'antisepsie intestinale sur les manifestations cutanées du bromisme et du Borax.* — Le naphtol à l'intérieur exerce, comme l'a déjà montré M. Féré, une action des plus heureuses sur les ulcérations bromiques ; et, de plus, il permet, chez les sujets exempts d'accidents, de prolonger le traitement bromuré sans avoir à craindre les complications ordinaires du bromisme cutané. On peut atteindre ainsi des doses de 16 à 17 gr. de bromure. Le borax, employé aussi dans le traitement de l'épilepsie, détermine aussi tantôt du psoriasis comme l'a signalé Gowers, tantôt de l'eczéma, comme M. Féré l'a surtout remarqué. Ces troubles cutanés, qui, comme ceux du bromisme, paraissent liés à un état gastrique, sont aussi supprimés par l'emploi simultané du naphtol.

MM. DÉJERINE et TUILANT. — *Dissociation de la sensibilité thermique dans la syringomyélie.* — Il s'agit d'une observation dans laquelle on rencontre, en dehors de la dissociation spéciale de la sensibilité que l'on connaît dans la syringomyélie, une dissociation du sens thermique. La sensibilité de tact et de douleur était conservée, comme c'est la règle; il existait une conservation parfaite de la sensibilité au froid, jusqu'à + 20 °. A partir de + 20 °, toute sensibilité à la chaleur disparaissait ; le fer rouge ne donnait aucune sensation de chaleur sur les membres supérieurs. Le malade mourut de tuberculose. A l'autopsie existait une cavité considérable dans presque toute la hauteur de la moelle, cette cavité cessait à la région lombaire, où l'on retrouvait le gliome non désagrégé. Il existerait donc des conducteurs spéciaux pour le chaud et pour le froid; cette observation est probante en ce sens.

M. GLEY. — Hertzen a dit que la sensibilité thermique passait par les mêmes conducteurs que la sensibilité à la douleur. La dissociation observée par M. Déjerine prouve que cette assertion n'est pas fondée.

MM. ST-HILAIRE et COUPARD ont tenté d'utiliser le *pouvoir absorbant de la trachée et des poumons* pour injecter sur les animaux d'abord, sur l'homme ensuite, du sérum de sang de chien. Ces injections se font par piqûre. Il faut diriger en bas l'aiguille, de façon à ne pas laisser de liquide sur la glotte, ce qui détermine des quintes de toux. Le résultat thérapeutique fera l'objet d'une seconde étude.

M. MALASSEZ présente les *seringues* tout en verre dont il avait parlé à la dernière séance. Elles sont un perfectionnement de celles qu'il avait imaginées il y a une dizaine d'années, lors de ses recherches avec M. Vignal sur les tuberculoses. Il a continué à s'en servir, parce qu'elles sont plus facilement stérilisables que n'importe quelle autre, qu'elles sont peu coûteuses et très suffisamment solides, si l'on a eu le soin de choisir des tubes de verre convenables pour les construire, et si, une fois faites, elles ont été bien recuites. Il a cherché d'abord à les rendre plus précises en n'employant, pour leur construction, que des tubes bien calibrés, et ces tubes se trouvent cubés en même temps qu'ils sont calibrés. Ceux qui ont été divisés sont tels que, pour une longueur de 1 centimètre, ils ont une capacité : les uns, de 2 centimètres cubes ; les autres, de 1 centimètre, ou de 1/2 centimètre, ou de 1/4 de centimètre cube ; la graduation est marquée sur la tige du piston, elle donne les centimètres cubes, les fractions de centimètres cubes : 5e, 10e, 20e et même 40e. L'extrémité supérieure de ces seringues se termine en pavillon, ce qui facilite son maintien entre les doigts. Elle se ferme à l'aide d'un bouchon entièrement métallique ; il est fixé par la partie qui pénètre à l'intérieur du corps de la seringue et qui forme ressort. Pour le piston, M. Malassez se servait autrefois de rondelles de peau de chamois, qu'on serrait entre deux écrous allant en sens inverse l'un de l'autre. Il a essayé l'amiante qui, lorsqu'elle est pure, a l'inconvénient de s'effilocher, mais qui, mélangée à d'autres substances et comprimée, peut donner de bons résultats. Il a essayé aussi la moelle de sureau préconisée par M. Straus, et lui préfère celle de Ferdinando, qui est plus résistante et par conséquent tient mieux, qui atteint de plus grandes dimensions et permet par conséquent d'employer des seringues plus volumineuses. Cependant toutes les moelles, comme d'ailleurs toutes les

substances perméables à l'eau, ont l'inconvénient de se laisser pénétrer par les liquides d'injection, avec les substances actives et microbes qu'ils peuvent contenir; en sorte que si l'on n'a pas fait des lavages et des stérilisations très soignés, on risque de faire passer ces substances et les microbes dans les injections ultérieures, et cela surtout quand on comprimera les pistons. Ce qui jusqu'ici lui a paru le plus avantageux, c'est une des nombreuses matières employées comme joint de machines à vapeur ; elle est imperméable, souple et résistante, supporte bien l'ébullition, voir même l'autoclave à 120°, et présente un piston garni de cette substance qui a été laissé 40 minutes, par M. Vignal, dans l'autoclave à 120°, et qui fonctionne encore parfaitement. L'ajustage des canules était un des points défectueux des seringues tout en verre ; M. Malassez a réussi à le rendre parfaitement étanche en perfectionnant d'une part le soufflage du bec des seringues et en le rendant très régulier ; et, d'autre part, en transformant l'extrémité des canules en une sorte de petite boîte de serrage, garnie intérieurement de cette même matière à joint qui lui avait si bien réussi pour les pistons.

M. Galippe a examiné, au point de vue bactériologique, des *tumeurs sébacées multiples du scrotum*. La tumeur étant incisée après lavage préalable de la région au sublimé, le contenu du kyste était enlevé et cultivé. Les cultures donnèrent des Diplococci. Il s'agit donc là d'une affection parasitaire.

MM. Cadiot, Gilbert et Roger. — *Tumeurs blanches expérimentales.* — Au cours d'expériences que nous poursuivons sur la tuberculose des gallinacés et dont nous avons déjà publié les premiers résultats, nous avons observé un fait qui, par sa rareté, nous a paru digne d'être rapporté brièvement. Un lapin, qui avait reçu dans la péritoine un 1/2 c. c. d'une émulsion préparée avec le foie d'une poule tuberculeuse, présente aujourd'hui, 6 mois après l'inoculation, des tumeurs blanches au niveau des articulations radio-carpienne et tibio-tarsienne du côté droit. Nous avons l'honneur de présenter ce lapin à la Société et l'on peut constater l'énorme tuméfaction qui existe au niveau des jointures atteintes ; par la palpation, on reconnait que les fongosités ont envahi les parties molles faisant saillie sous la peau ; en un point les téguments sont perforés et les bourgeons charnus se montrent à l'extérieur. Une ponction pratiquée dans les jointures malades a permis de constater la présence de bacilles caractéristiques. Ce n'est pas la première fois qu'on observe des arthrites fongueuses chez des animaux inoculés de tuberculose. Max Schuller en a vu se produire après avoir traumatisé les jointures. Dans les leçons qu'il a publiées en 1889, M. Bouchard a rapporté l'histoire d'un lapin qui, inoculé avec de la tuberculose humaine, succomba au bout de trois mois à une infection généralisée ; les deux articulations scapulo-humérales étaient remplies de fongosités tuberculeuses. Enfin MM. Courmont et Dor, avec une culture dont ils n'indiquent pas l'origine, ont vu l'inoculation intra-veineuse déterminer des tumeurs blanches. Dans notre observation, on ne peut parler de bacilles atténués ; l'inoculation a été faite directement de la poule au lapin ; de plus, un autre lapin, inoculé en même temps que celui-ci, a succombé en 69 jours à une tuberculose généralisée qui a pu être transmise à un deuxième lapin. Nous ferons remarquer que plusieurs cobayes, inoculés avec le foie de la poule tuberculeuse ou avec les organes du lapin qui a succombé à l'infection, se sont montrés réfractaires ; ces faits nouveaux confirment donc les conclusions et notes précédentes communicatives et démontrent encore une fois que le lapin et le cobaye sont loin d'avoir la même aptitude à contracter ta tuberculose aviaire.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 *février* 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Routier rapporte une observation de *guérison d'un ictère rebelle par la laparotomie exploratrice.* Il s'agit d'une femme qui fut prise le 2 octobre 1890 d'ictère subit. Deux jours après, coliques hépatiques violentes. Malgré un traitement énergique dans le service de M. Straus, l'ictère persista avec crises violentes de coliques, vomissements et frissons tous les deux jours. L'état de la malade s'aggravant, une eschare au sacrum étant même survenue, une intervention chirurgicale est décidée. La laparotomie médiane sus-ombilicale est pratiquée. L'exploration montre que la vésicule n'est pas distendue, et que sa paroi, quoique épaisse, est souple. Palpant et pinçant successivement avec le doigt le col de la vésicule, la région des canaux hépatique, cystique et cholédoque, ainsi que la tête du pancréas, M. Routier ne reconnaît aucun obstacle et ferme le ventre après cette sorte de massage. Dès le jour de l'intervention, les vomissements cessent ; le lendemain l'ictère pâlit. Enfin la malade guérit malgré une broncho-pneumonie survenue le lendemain de l'opération. Quant à l'action de l'intervention, M. Routier pense que l'hypothèse la plus admissible est de croire que la malaxation a déplacé des bouchons muqueux qui entravaient le cours de la bile.

M. le Dentu présente *un cerveau dont les lobes frontaux ont été traversés par une balle de revolver* provenant d'un malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la tempe droite. Il présentait de l'hébétude, de l'aphasie sans paralysie de la langue, une paralysie du facial inférieur du *même côté* que la blessure, une paralysie des muscles frontal et sourcilier du même côté, et une légère parésie du *bras droit*. Enfin des convulsions épileptiformes du *côté droit* survinrent deux jours après. M. Le Dentu diagnostiqua une blessure des deux lobes frontaux et pensa que la balle avait dû se loger dans le lobe frontal gauche. Une congestion pulmonaire ayant emporté le malade, on constata qu'il en était bien ainsi et que le projectile avait déterminé une contusion cérébrale du pied de la F^2, avec irradiation sous la F A jusqu'au sillon de Rolando et un peu vers la partie voisine de la F^3.

M. L. Colin prend la parole sur la *vaccination obligatoire.* — Il ne saurait souscrire à l'opinion de M. Le Fort et préférer l'isolement des varioleux, quelque utile qu'il soit, à la prophylaxie de la variole par la vaccine. Il rappelle les statistiques de l'armée. De 1863 à 1882 (non compris la guerre de 1870) il y a eu 75 décès par an. A partir de 1883, la mortalité tombe à 15. En 1885, elle n'est plus que de 6. Dans les dix derniers mois de 1890, elle n'a été que de 4. En somme 104 décès en huit ans, chiffre inférieur à celui de la mortalité en une seule année de telle ou telle de nos grandes villes. Il ne redoute pas la réaction des antivaccinateurs aujourd'hui surtout que, par la vaccine animale, les dangers de la syphilis sont complètement écartés. Il pense que même en dehors de toute guerre il y a lieu de craindre une réapparition pour ainsi dire cyclique de l'épidémie de 1870 dans des populations dont l'immunité n'est pas garantie par la vaccine.

Election d'un membre titulaire dans la setion de *médecine vétérinaire.* — Sur 72 votants, M. Weber est élu par 40 voix; M. Méguin obtient 37 voix. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 30 *janvier* 1891. — Présidence de MM. E. Labbé et Dumontpallier.

M. Féréol donne lecture d'un travail de M. Dionis des Carrières (d'Auxerre) sur les *relations de la fièvre typhoïde avec le bacille d'Eberth et avec les variations du niveau de la nappe d'eau souterraine.* Il s'agit d'une endémie de fièvre typhoïde sévissant depuis 9 ans dans la même ferme. Sur 21 hommes, 10 ont été frappés, 3 sont morts; sur 13 femmes il y a eu 6 malades. L'analyse bactériologique de l'eau du puits qui sert à l'alimentation de la ferme a démontré la présence d'une assez grande quantité de bacilles d'Eberth. D'autre part, on a remarqué que les cas de fièvre typhoïde coïncidaient avec les pluies abondantes qui amenaient une crue subite des eaux du puits.

M. Rendu fait observer qu'on a déjà relaté plusieurs faits analogues à celui de M. Dionis des Carrières. M. Alizon a constaté que, dans le pays où il exerce, c'est toujours dans les mêmes maisons que se déclarent les cas de fièvre typhoïde. L'écart entre les cas successifs prouve la grande vitalité du bacille typhique. M. Michaux a montré que la recrudescence des épidémies coïncide presque toujours avec des crues subites venant modifier le niveau de la nappe d'eau souterraine.

La Société se forme en comité secret. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 février 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. QUÉNU expose les résultats de recherches faites en commun avec M. Hartmann, pour trouver un moyen facile qui permette de *pénétrer dans le médiastin postérieur.* En 1889, Nasalikoff a publié déjà les résultats de ses propres recherches,faites dans le même but. Voici le procédé que conseille M. Quénu : inciser les téguments un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, couper les fibres, peu nombreuses d'ailleurs à ce niveau, du muscle trapèze, qu'on peut ensuite relever facilement. Inciser le muscle rhomboïde, seul sacrifice musculaire, de mince importance du reste, et qu'on peut facilement suturer après. Atteindre le bord externe de la masse sacro-lombaire. Sans toucher à cette dernière, atteindre l'angle des côtes. Réséquer 2 centim. des 3e, 4e et 5e côtes. On obtient ainsi une ouverture thoracique longue de 12 centim., étendue du bord inférieur de la 2e côte au supérieur de la 6e. En écartant la lèvre externe de la plaie, chose facile, on peut explorer aisément le médiastin postérieur, soit par la vue, soit en introduisant la main dans cette cavité pour en explorer le contenu. De quel côté de la colonne vertébrale est-il préférable de faire cette brèche thoracique? Par une série de recherches sur des cadavres congelés, les auteurs sont arrivés aux résultats suivants, qui concordent entièrement avec ceux obtenus par la même méthode par Braune et consignés dans les magnifiques planches de son atlas : La plèvre médiastine droite, au lieu de se diriger directement d'arrière en avant sur le flanc droit de l'œsophage et plus ou moins près de cet organe, s'engage entre la face antérieure de la colonne vertébrale et l'œsophage, coiffe cet organe et pousse son prolongement ou cul-de-sac jusqu'à atteindre l'aorte thoracique sur son flanc droit. Ce cul-de-sac pleural insinué entre l'œsophage et la colonne vertébrale rend difficile, sinon impraticable, l'exploration du médiastin postérieur par une brèche thoracique faite à droite de la colonne vertébrale. C'est donc à gauche que cette brèche doit être faite, car de ce côté la plèvre médiastine s'avance directement d'arrière en avant, et la main peut facilement passer entre elle et les organes du médiastin postérieur : aorte, œsophage, etc. Les affections du médiastin pouvant nécessiter une intervention chirurgicale sont : les ganglions tuberculeux, les abcès périœsophagiens, les abcès ossifluents de la colonne vertébrale, enfin les diverses lésions de l'œsophage. C'est pour la chirurgie de ce dernier organe que la méthode de M. Quénu paraît devoir trouver ses plus nombreuses indications, et cela dans trois circonstances suivantes : les abcès autour de l'œsophage, les corps étrangers de l'œsophage, dont l'extraction par les voies naturelles est reconnue impossible, car la brèche thoracique pourrait faciliter l'application d'une méthode semblable à celle de Richardson. Le cancer de l'œsophage, annulaire et limité, pourrait être reséqué par cette voie ; mais le cancer plus étendu serait inextirpable, vu l'impossibilité de suturer les deux bouts œsophagiens. Quant à l'établissement d'une bouche œsophagienne, la chose serait impossible. Enfin, la méthode de M. Quénu trouverait une importance notable dans la chirurgie pulmonaire, car par cette voie on arrive facilement à explorer tout le poumon jusqu'au sommet de la plèvre.

M. BERGER fait une communication sur les *modifications à apporter dans l'extirpation des tumeurs de la langue.* Ayant remarqué que les plaies faites au thermocautère ne sont pas réfractaires à la réunion immédiate, M. Berger s'est proposé de réunir par des sutures profondes la plaie linguale après l'extirpation d'une portion plus ou moins étendue de l'organe. Après avoir pratiqué la ligature préalable de la linguale, ligature que l'auteur préconise dans tous les cas, et avoir extirpé les ganglions situés au niveau de la grande corne de l'os hyoïde, M. Berger enlève la tumeur linguale et fait une réunion complète de la plaie par une suture en surjet au catgut et d'arrière en avant. Ce procédé, que l'auteur a appliqué dans deux cas avec un résultat parfait, ne sera employé qu'après une antisepsie complète pré et post-opératoire de la cavité buccale, à l'aide d'une solution chloralée au 1/100e. La suture doit être profonde et comprendre toutes les couches de la solution de continuité et non seulement la réunion des bords de la muqueuse dorsale et inférieure de la langue. A la suture en surjet et au catgut l'auteur préfère, pour l'avenir, une suture entrecoupée faite avec des fils non résorbables : soie antiseptique ou crins de Florence qu'on enlève plus tard. Les avantages de cette méthode sont : Durée moindre de la cicatrisation de la plaie linguale ; antisepsie plus facile de la plaie opératoire ; et enfin suppression des chances d'hémorrhagies secondaires, si fréquentes, même dans les cas de ligature préalable de la linguale, vu la persistance possible d'une petite branche artérielle négligée ; c'est pour obtenir ce dernier avantage que la suture doit être profonde et comprendre toute l'épaisseur de la langue.

M. QUÉNU a pratiqué plusieurs fois la suture des deux muqueuses de la plaie linguale après l'extirpation d'un segment de l'organe pour cancer. Très bonne dans les cas de tumeur ne nécessitant que l'ablation des parties libres de la langue, la méthode est encore possible, mais devient difficile à appliquer, dans les cas de cancer étendu à la partie postérieure de la langue et nécessitant une réunion de la muqueuse dorsale de la langue à la muqueuse génienne. La méthode, enfin, devient impraticable si, dans un pareil cas, la muqueuse du plancher buccal est envahie ; cela rend la suture des muqueuses impossible.

M. RECLUS a pratiqué plusieurs fois, il y a 4 ans, la suture des deux muqueuses de la plaie linguale ; il ne se rappelle que trois faits, et dans les trois le résultat a été excellent. L'opération, du reste, est assez ancienne, car elle a déjà été pratiquée par MM. Péan, Richelot, etc.

M. RICHELOT a toujours employé ce procédé dans l'amputation de la langue ; ses opérations datent de 1882. Après avoir employé comme moyen hémostatique les pinces de M. Péan, laissées à demeure pendant 24 heures, l'auteur a abandonné les pinces définitives, mais emploie toujours les pinces temporaires pendant l'opération et la suture immédiate.

M. BAZY a obtenu une réunion par première intention de la plaie linguale, réunie par deux plans de sutures, chez un diabétique auquel il avait amputé le quart antérieur de la langue.

M. MARCHAND a fait plusieurs fois, et depuis longtemps, dans les cas d'extirpation des tumeurs de la base de la langue, la suture de la muqueuse linguale à la muqueuse du plancher buccal.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a employé aussi plusieurs fois cette suture.

M. TERRIER, qui a conseillé à M. Berger de faire cette communication, croit que la méthode de cet auteur a un avantage énorme, parce qu'elle évite l'inoculation secondaire des ganglions et leur suppuration par la plaie linguale et les produits septiques au moment de la chute des eschares. Les sutures doivent être multiples pour obtenir une réunion parfaite.

M. BERGER croit que la méthode qu'il préconise peut être souvent appliquée pour des petites tumeurs de la pointe ou des bords de la langue, elle n'est pas la pratique habituelle des chirurgiens dans les cas d'ablation étendues de la langue. De plus, la réunion bornée aux muqueuses est loin de répondre au but proposé; il faut faire la suture profonde, comprenant toute l'épaisseur de la langue ; seule, elle assure l'hémostase parfaite et met à l'abri des hémorrhagies secondaires. L'hémostase préalable de la langue avec les pinces est une mauvaise méthode, car on risque de faire une ablation incomplète de la tumeur. Il faut voir librement et la langue doit être attirée en dehors pour pouvoir enlever sûrement toute la partie malade.

M. FÉVRIER lit une observation *de fracture avec enfoncement du pariétal droit, suivie de paralysie du membre supérieur gauche.* La paralysie guérit pendant quelque temps, revient et se complique de contracture du biceps. Trépanation, hyperostose au niveau de la fracture, comprimant le cerveau. Excision de l'hypérostose, guérison. Les mouvements reviennent dans le membre supérieur gauche trois jours après l'opération.

M. PICQUÉ présente deux malades traités par l'*extirpation de l'astragale*, un pour une paralysie infantile (?), l'autre pour une luxation incomplète de l'astragale. L'extirpation a été faite par le procédé de M. Farabeuf.

M. Lucas-Championnière présente un enfant auquel il a extirpé l'astragale pour un pied plat.

M. Picqué présente une malade de M. Perrier ayant subi une double arthrectomie avec un bon résultat thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

Topographie cranio-encéphalique. Trépanation; par Paul Poirier (avec 13 figures). — Paris, Lecrosnier et Babé, 1891, 92 pages.

Le livre de M. Poirier s'impose au lecteur par la matière même qu'il traite, mais et surtout par le fait qu'il émane d'un auteur dont la compétence anatomique est justement appréciée. Nous ne pouvons pas, on le conçoit, en donner ici une analyse aussi complète que ce livre le nécessiterait, car chaque page, je pourrais dire chaque ligne, renferme des faits aussi précis qu'intéressants. Je me contenterai donc de faire connaître au lecteur de ce journal, le procédé spécial de l'auteur pour la détermination, sur la tête, des principaux points de l'écorce cérébrale et d'analyser rapidement les divers chapitres de l'ouvrage. Le livre est divisé en deux parties. La première partie, la plus longue, est consacrée à la topographie cranio-encéphalique.

Un court chapitre est destiné à l'étude de la surface extérieure du crâne ou exocrâne, étude où nous trouvons une vue, absolument originale à propos de la signification de la double ligne courbe du temporal, les lignes courbes temporales et les stries intermédiaires marquant, d'après l'auteur, les étapes successives de retrait du muscle temporal.

Dans un deuxième, l'auteur présente un court résumé de la morphologie des circonvolutions cérébrales de la région externe, à la fois très succinct et très complet.

Le troisième chapitre traite de la topographie cranio-encéphalique. Tout d'abord l'auteur cherche à préciser les rapports anatomiques du crâne et de l'encéphale. Les résultats des recherches antérieures de Gratiolet, Broca, Bischoff, F. Heftler, Turner, Féré, Braune, etc., ont été contrôlés, précisés et modifiés par des recherches personnelles, faites sur cinquante crânes d'adultes, hommes et femmes, le plus souvent par le procédé des fiches et trois fois par la congélation, et toujours après avoir injecté au préalable le système sanguin (veines et artères) de la tête, de façon à réduire au minimum les causes d'erreur tenant à l'affaissement de l'encéphale après la mort.

Les rapports de la convexité des hémisphères avec le crâne diffèrent peu suivant les sexes; les variétés individuelles sont plus marquées, mais ne dépassent jamais certaines limites assez restreintes. Ces variétés ne peuvent pas être rapportées ni à la forme ni au volume du crâne. Les différences suivant les âges, au contraire, sont très importantes.

Voici ces rapports tels qu'ils résultent des recherches de M. Poirier. La scissure de Rolando est située bien arrière de la suture fronto-pariétale et ne lui est point parallèle. La distance rolando-coronale supérieure (48 mm. chez l'homme, 45 chez la femme) paraît moins variable que l'inférieure (28 mm. chez l'homme, 27 chez la femme).

La scissure de Sylvius commence sous l'aile du sphénoïde, se relève pour atteindre la suture temporo-pariétale au niveau de sa jonction avec la suture sphéno-pariétale; c'est en ce point qu'elle émet les deux branches. Elle émet ensuite, sur une longueur de 4 cent. environ, la courbe ascendante de la suture temporo-pariétale; au-delà elle abandonne la suture et se dirige très obliquement en haut et en arrière, pour aller se terminer un peu au-dessous et en arrière de la bosse pariétale.

La scissure perpendiculaire externe répond à peu près exactement au lambda; souvent 2 à 5 mm. en avant.

Le sillon parallèle suit un trajet parallèle à celui de la scissure de Sylvius, mais à 12 à 15 millimètres au-dessous de celle-ci.

Cette détermination des lignes répondant sur l'exo-crâne aux principales scissures exactes, à 1 cent. près, permet de dessiner sur la surface externe du crâne le centre des lobes cérébraux sauf en ce qui concerne la limite inférieure des lobes frontal, temporal et sphénoïdal. Cette limite est ainsi précisée par M. Poirier.

Le bord inférieur et externe du lobe frontal est situé à 6 ou 12 millim. au-dessus de la moitié externe de l'arcade orbitaire, il se relève un peu (8 à 16 millim.) au niveau de l'apophyse orbitaire externe; en avant, au contraire, ce bord se rapproche du rebord orbitaire en descendant plus bas en dedans qu'à sa partie externe.

La pointe du lobe temporal, logée dans l'excavation sphénoïdale, est située en moyenne à 15 millim. en arrière du bord externe de l'apophyse orbitaire et à 2 cent. au-dessus de l'apophyse zygomatique. De cette pointe le bord inférieur du lobe temporal descend obliquement en bas et en arrière vers le conduit auditif et vient effleurer le bord inférieur de l'apophyse zygomatique au niveau de la cavité glenoïde. Plus loin ce bord se relève légèrement, passe à une distance variable entre 4 et 10 millim. au-dessus du trou auditif externe, et reste obliquement ascendant jusqu'au bord postérieur et supérieur du rocher; de là, il devient très obliquement descendant, se continue sous le nom de bord inférieur du lobe occipital jusqu'à la protubérance occipitale.

La limite de séparation entre le territoire cérébral et cérébelleux, est marquée par une ligne passant par la suture pariéto-mastoïdienne, l'astérion et l'inion, situés tous sur la même ligne, au-dessous de laquelle se trouve le cervelet.

Après avoir fait connaître le lieu des principales scissures et les limites des lobes, l'auteur cherche à préciser les rapports des points les plus importants de l'écorce cérébrale. La connaissance des lignes rolandique et sylvienne suffisante pour déterminer tous les points des lobes frontal et temporal, ne l'est pas pour le lobe pariétal.

Pour déterminer les divers points de ce lobe, M. Poirier se base sur le fait qu'un plan passant par la suture naso-frontale et le sommet du lambda, *plan naso-lambdoïdien*, touche divers points du lobe pariétal, que l'auteur a précisé par le procédé des fiches. Pour tracer la ligne que ce plan suit sur l'exocrâne, il suffit de savoir qu'elle passe à 6 cent. au-dessus du trou auditif (moyenne de mesures prises sur 25 crânes). Le procédé des fiches appliqué sur 10 crânes, de chaque côté, tout le long de cette ligne, a démontré que la ligne naso-lambdoïdienne passe constamment sur le bord inférieur de la troisième frontale, suit la scissure de Sylvius, affleure l'extrémité inférieure du sillon de Rolando, touche le lobule pariétal inférieur, et le pli courbe dans son 1/3 moyen (voir figure 6 et α).

L'importance de cette ligne est énorme, car avec la ligne rolandique elle est suffisante pour la détermination précise de tous les points de l'écorce. Sur elle et en partant du lambda, on trouve : à 7 centimètres le pli courbe; à 10, le lobule du pli courbe; au-dessus du conduit auditif, la scissure de Sylvius; au-dessus du milieu de l'apophyse zygomatique, le cap de la troisième circonvolution frontale et l'artère méningée moyenne.

La région du crâne répondant au cervelet est limitée en haut par une ligne qui, continuant le bord supérieur de l'apophyse zygomatique, va aboutir à la protubérance occipitale externe.

Après avoir précisé les rapports des différents points de l'écorce cérébrale et ceux du cervelet avec le crâne, rapports qui sont rapidement compris, grâce à quelques figures excellentes, tant par leur exécution artistique que par leur exactitude anatomique, M. Poirier nous donne les *rapports des cinq sinus*, seuls importants pour la chirurgie, avec le crâne : le sinus *longitudinal supérieur* suit la ligne sagitale, large de 1 centimètre; pour éviter de le blesser, les appareils de trépan devront toujours être appliqués sur les côtés de la ligne médiane antéro-postérieure au moins à 1 centimètre et demi de cette ligne. La portion horizontale *du sinus latéral*, répond à la ligne courbe occipitale supérieure en arrière, à la suture pariéto-mastoïdienne en avant; la portion oblique au 1/3 moyen de l'apophyse mastoïde. Le plan naso-inien passe entre le lobe occipital du cerveau et le cervelet, suivant la partie horizontale du sinus latéral.

Le sinus *sphéno-pariétal de Breschet*, tant négligé par les anatomistes, a fait l'objet de recherches spéciales de l'auteur, une belle figure originale nous montre ce sinus se creusant une pro-

fonde gouttière parallèle à celle de l'artère méningée moyenne que le sinus accompagne dans tout son trajet; remarquons avec M. Poirier que, dans nombre de cas d'épanchements sanguins intra-crâniens attribués à des blessures de l'artère méningée moyenne, il fut impossible de trouver la plaie artérielle, dans ces cas, l'épanchement était dû, nous dit M. Poirier, à la rupture du sinus. De plus, dans la ligature de la méningée moyenne, il faudra prévoir une hémorrhagie veineuse par lésion du sinus sphéno-pariétal qui sera nécessairement intéressé.

Signalons aussi le chapitre consacré aux variations de la topographie cranio-encéphalique suivant les âges.

Avec l'étude des *points de repère* à l'aide desquels on peut réussir à déterminer les rapports cranio-encéphaliques sur le crâne revêtu de ses parties molles, nous entrons dans la partie la plus originale et toute personnelle de l'ouvrage de M. Poirier. Nous laisserons de côté la description des procédés divers employés, procédés qui se trouvent très complètement décrits par l'auteur, pour faire connaître à nos lecteurs le procédé de M. Poirier.

A la glabelle, M. Poirier préfère le fond de l'angle naso-frontal comme point antérieur : *point nasal.* Ce point est préférable à cause de la facilité avec laquelle on peut y fixer le bout de ruban métrique. La *protubérance occipitale externe*, ou *inion*, est le point postérieur. Enfin le troisième point de repère est le *conduit auditif externe* (voir figure 6).

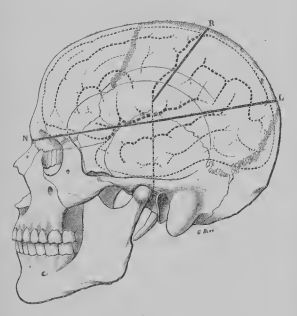


Fig. 6.

Parmi les autres points de repère, M. Poirier regarde l'*apophyse orbitaire externe*, tant utilisée dans d'autres procédés, est de peu d'utilité ; il en est de même de la *bosse pariétale* dont on a exagéré l'importance, car la fixité de ses rapports profonds n'est pas aussi grande qu'on le dit, et de plus cette bosse est d'une recherche difficile, dans la moitié des cas, à travers les parties molles.

Le *lambda*, au contraire, doit être soigneusement recherché, et, à défaut de la dépression tangible, il faut savoir qu'il est situé à 7 centimètres de l'inion. Enfin l'*apophyse zygomatique*, dont le relief est toujours facile à sentir à travers les parties molles, est un point de repère précieux.

Quant à la *ligne sagittale*, on se contente souvent du *coup d'œil* pour la tracer ; or, cela ne suffit pas. Les méats auditifs étant symétriquement placés de chaque côté de la ligne médiane, il suffit de prendre le milieu de la distance qui les sépare pour arriver à tracer cette ligne sagittale.

Muni de ces points de repère, l'auteur détermine de la façon suivante les principaux points de l'écorce sur la tête munie de ses parties molles :

Détermination de la ligne rolandique. — Après avoir trépané quatre-vingt-quatorze crânes par des procédés divers, nous dit M. Poirier, voilà celui auquel je me suis arrêté (voir figure 6).

Extrémité supérieure. — Mesurer avec soin la distance qui sépare le fond de l'angle naso-frontal de l'ission, en suivant bien la ligne sagittale ; prendre la moitié de cette distance, à partir du point nasal, y ajouter 2 centimètres (la largeur d'un doigt), et marquer le point qui donne certainement, à un centimètre près, le point de la voûte répondant à l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

Comme contrôle, ou bien au cas où, pour une cause quelconque, on n'aurait pu déterminer l'inion d'une façon satisfaisante : prendre sur la ligne sagittale, à partir du sillon nasofrontal, 18 cent. sur les grosses têtes, 17 sur les petites ; le point obtenu répond encore à l'extrémité supérieure de la scissure de Rolando.

Extrémité inférieure. — Reconnaître et tracer au crayon l'arc zygomatique; élever sur cet arc une perpendiculaire passant juste au-dessus du tragus dans la dépression préauriculaire, et compter, à partir du trou auditif, 7 cent. sur cette perpendiculaire, ou mieux encore, prendre sur cette ligne, à partir du trou auditif, la moitié moins un travers de doigt de la distance auri-sagittale (voir figure 6).

Détermination de la scissure de Sylvius. Ligne sylvienne. — On peut la déterminer par une seule ligne : la ligne naso-lambdoïdienne (dont nous avons déjà parlé), qui suit, sur une longueur de 4 à 6 cent., la portion externe de la scissure de Sylvius, elle mérite bien le nom de *ligne sylvienne*. Le tracé est facile à obtenir si l'on se rappelle que le plan (et par suite la ligne) passe à 6 cent. au-dessus du trou auditif (v. *Fig.* 6).

La ligne sylvienne et la ligne rolandique une fois tracées, on pourra découvrir très facilement les divers centres connus: celui du membre inférieur, par une couronne de trépan sur la ligne rolandique à deux centimètres de la ligne médiane; celui du membre supérieur, sur le tiers moyen de la ligne rolandique, et un peu en avant la couronne découvre le centre des mouvements de l'écriture (pied de la 2e frontale, agraphie); au tiers supérieur de la ligne rolandique, en prenant comme centre l'extrémité même de la ligne, on découvre les centres de la face et de la langue, un peu plus en avant : la partie postérieure de la 3e frontale. Le lobe temporal sera trouvé entre la ligne sylvienne et le conduit auditif ; très près de la ligne sylvienne, si l'on cherche le centre de la mémoire des sons, de la parole (surdité verbale); au-dessus du conduit auditif, si l'on soupçonne un abcès dans ce lobe. Le pli courbe, sur la ligne sylvienne, à 7 centimètres du lambda. Le lobule du pli courbe, sur la même ligne, à 10 centimètres du lambda ; la couronne sera placée juste au-dessus de la ligne (voir *Fig.* 6). Sur les enfants ces longueurs seront réduites à 6 et 9 centimètres.

Le *sinus latéral* est sous-jacent au tiers postérieur de la ligne allant du point nasal à l'inion. Au-dessus de la ligne qui trace le sinus, c'est le lobe occipital dont le lambda marque la limite supérieure ; au-dessous c'est le cervelet.

Pour les ganglions centraux, M. Poirier conseille le procédé de Dana.

Le *cervelet* sera découvert au-dessous de la ligne du sinus, mais à un bon centimètre au-dessous d'elle pour éviter sûrement le sinus latéral.

Après un court et exact résumé des *notions actuellement acquises sur les localisations cérébrales*, résumé complété par une excellente figure, M. Poirier nous donne une étude originale des veines superficielles du cerveau, des lacs sanguins de la dure-mère, et des granulations de Pacchioni. Une magnifique figure montre très clairement la disposition et les rapports de ces veines avec le cerveau. M. Poirier a trouvé sur un crâne deux grands lacs avec leurs granulations pacchioniennes dans la fosse temporo-sphénoïdale, sur le trajet des veines méningées moyennes. Quant au rôle des glandes de Pacchioni, M. Poirier combat, et à juste titre, toutes les opinions qui ont encore cours en France ; ces granulations, rattachées en apparence à l'arachnoïde, sont des dépendances de la pie-mère, leur rôle serait plutôt en rapport avec la sécrétion

du liquide céphalo-rachidien qu'avec son excrétion, comme le disent Key et Retzius, Merkel, etc.

La deuxième partie du livre de M. Poirier traite de la *trépanation.* C'est un exposé des plus complets de l'état actuel de la chirurgie cérébrale ; c'est dire que sa lecture en sera des plus instructives, pour tous ceux qui s'intéressent aux progrès énormes accomplis par cette branche de la chirurgie moderne. Nous nous contenterons, ne pouvant nous étendre autant qu'il le faudrait, de préciser les procédés et le manuel opératoire conseillés par l'auteur dans les différentes affections cérébrales que le chirurgien aura à traiter.

Pour les *abcès du cerveau,* ceux du lobe temporal, les plus fréquents, seront cherchés et ouverts en trépanant sur la verticale passant par le méat auditif, à 3 centimètres au-dessus de ce méat. Pour appliquer la couronne (large de 3 centimètres), il faut décoller l'attache du pavillon au-dessus du méat.

Pour les *abcès cérébelleux* : tracer une ligne unissant le sommet de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe, et trépaner sur cette ligne à égale distance de ses deux extrémités.

Dans le chapitre qui traite des *épanchements intra-crâniens,* l'auteur est partisan de la trépanation suivie de la ponction du cerveau dans certaines formes d'*hydrocéphalie.* La *trépanation* devrait même être faite dans tous les cas de *méningite,* même tuberculeuse.

A signaler aussi un procédé de choix pour la ponction et le drainage des ventricules latéraux : couronne de trépan à trois centimètres au-dessus du conduit auditif externe chez l'enfant, à 4 centim. chez l'adulte; incision de la dure-mère; découverte de la 2e circonvolution temporo-sphénoïdale ; enfoncer à une profondeur de 2 *centimètres,* d'abord, un trocart assez fin (nos 7 à 8 de la filière Charrière) avec mandrin à extrémité arrondie ; si une fois le mandrin retiré il ne s'écoule pas de liquide, remettre le mandrin en place, le trocart sera enfoncé d'un nouveau centimètre. Si l'écoulement du liquide ne se produit pas après avoir gagné 4 centim., mieux vaudrait faire une seconde ponction qu'enfoncer plus avant. Tout le temps, l'instrument doit rester perpendiculaire à la surface de l'écorce. Jamais on n'imprimera à l'instrument des mouvements latéraux.

Après un court chapitre de la *trépanation et excision de l'écorce cérébrale dans les affections nerveuses,* M. Poirier étudie longuement le *manuel opératoire de la trépanation.* Voici les divers temps de l'opération :

Après les soins préliminaires (tête rasée, désinfectée, etc.), pendant l'opération, l'anesthésie par le chloroforme sera suivie d'une injection sous-cutanée de morphine qui aide l'action du chloroforme, et produit en plus une contraction des artérioles du système nerveux et rend l'hémorrhagie moins grave, l'hémostase plus facile (fait prouvé par une expérience faite par l'auteur sur un chien). Les mensurations faites et les lignes principales tracées sur la peau à l'aide du crayon de nitrate d'argent ; avant d'inciser la peau, marquer au poinçon sur l'os les deux points extrêmes de la ligne sur laquelle on veut opérer, précaution d une grande utilité.

La *taille des lambeaux* sera faite en un seul temps jusqu'à l'os ; de préférence, le lambeau curviligne à base inférieure. L'*ouverture de la boîte crânienne,* sera exécutée au trépan, dont la couronne doit avoir au moins 3 cent. de diamètre ; l'agrandissement de la plaie osseuse ainsi produite sera faite de préférence, soit avec la pince-trépan de M. Farabeuf, soit avec un instrument spécial inventé par l'auteur : le *crâniotome,* une pince-scie qui permet de réunir rapidement deux ou trois couronnes de trépan, et détacher ainsi d'une seule pièce un lambeau osseux, large et facile à réappliquer. Appliqué par M. Nélaton sur le vivant, cet instrument a donné les meilleurs résultats. L'*incision de la dure-mère* sera unique, circonscrivant un lambeau aussi étendu que possible, à base vers le sinus le plus voisin. L'*exploration du cerveau mis à nu* sera faite à l'œil, au toucher, et enfin l'exploration profonde soit à l'aide d'une aiguille de Pravaz bien stérilisée, soit par des incisions à la surface et comprenant toute l'épaisseur de l'écorce. A signaler l'existence fréquente de deux branches artérielles superficielles à éviter dans ces incisions : une naissant de la sylvienne et passant sur le pied de la 3e frontale, d'un calibre de 1 millimètre et qu'on rencontre en mettant à découvert le centre de la face ; l'autre émergeant de la scissure de Sylvius et passant sur le lobule du pli courbe. Leur section donnera lieu à des hémorragies ne cédant qu'à la ligature.

Le *drainage* de la plaie sera souvent nécessaire. La dure-mère sera recousue avec du catgut fort. La peau suturée au crin de Florence. Enfin un pansement iodoformé et compressif.

La *réapplication des rondelles,* contestée par Ollier et Poncet, paraît avoir été utile quelquefois.

Comme *accident de l'opération,* il n'y a que l'*hémorrhagie* pouvant provenir de toutes les couches sectionnées : peau, os, dure-mère, substance cérébrale ; la compression le plus souvent, la ligature des vaisseaux quelquefois, en auront raison. Quant à l'ouverture d'un sinus, la ligature et l'obstruction ne présentent aucun danger pour la circulation encéphalique, comme Ferrari (de Gênes) vient de le démontrer. La *hernie du cerveau* sera facilement réduite après la cessation de l'inflammation énergiquement combattue.

La fin du travail de M. Poirier est consacrée à l'étude de plusieurs questions d'une grande actualité et de la plus haute importance pratique.

Tout d'abord l'auteur nous donne, après avoir rapporté *in extenso* le procédé de Wagner, un *procédé particulier* pour la *résection temporaire du crâne,* cette opération qui date d'hier et qui est appelée certainement à un grand avenir, surtout si, comme dit l'auteur, l'expérience démontre que le martelage du crâne peut être supporté.

Ensuite vient l'étude de la *réparation des pertes de substance de la voûte crânienne,* soit par *ostéoplastie,* méthode dont la possibilité a été démontrée par Ollier et dont la mise en pratique appartient à Kœnig (1890), soit par obturation à l'aide d'un morceau d'os emprunté à une autre partie du squelette ou à un animal, ou à l'aide des plaques artificielles en gutta-percha, en celluloïde, etc.

Le manuel opératoire de la *craniectomie* est tracé très complètement, tel que l'auteur a eu occasion de le pratiquer avec M. le professeur Lannelongue.

La *trépanation de l'apophyse mastoïde* est complètement décrite ; on y trouve un excellent résumé des recherches de notre maître et ami, M. le Dr Rocard, et un certain nombre de points personnels que nous ne pouvons que signaler.

Pour la *ligature de l'artère méningée moyenne,* voici le procédé de l'auteur : Sur l'apophyse zygomatique, à égale distance du bord postérieur de l'apophyse montante du malaire et du conduit auditif, élevez une perpendiculaire, trépanez sur cette perpendiculaire à 5 centimètres au-dessus de l'apophyse zygomatique. Faite 30 fois, cette recherche a toujours permis de trouver l'artère dans la couronne de trépan, le plus souvent au centre.

Après cette analyse, qui paraît peut-être bien longue, le lecteur sera convaincu qu'il était impossible d'être plus bref ; ou alors il fallait se contenter d'énumérer les têtes des chapitres. Comme je l'ai dit en commençant, chaque page, chaque ligne de ce beau et instructif travail, est à retenir, car chacune d'elle renferme un fait nouveau, tiré de recherches longtemps poursuivies et méditées. JONNESCO.

De l'influence des bals de bienfaisance sur l'Hygiène en province.

Un de mes amis, habitant une grande ville de province, S. M. L., — nous ne pouvons l'appeler par son nom, — a l'habitude d'aller souvent aux bains. Cela n'a rien d'étonnant : je ne connais, ne veux connaître que des gens propres !

Ces jours derniers — la neige fondait encore — il se rend comme d'ordinaire à l'établissement de bains, le plus achalandé de la ville, dont il est, je le répète, un des meilleurs clients. A son arrivée, le patron lui tint à peu près ce langage : « Monsieur, je vous en prie, pas de bain aujourd'hui ! Vous en prenez si souvent que, pour cette fois, vous pouvez bien attendre à demain. »

Ahurissement de l'habitué ! Sur ce : « Je vais vous expliquer, ajoute le patron, constatant l'étonnement de notre ami. Il y a *grand bal de bienfaisance* ce soir à la Préfecture et le *Tout-S. M. L.* est ici. Vingt dames et demoiselles attendent au salon et mes cabines sont pleines ! Eh ! Il a fait si froid, cet hiver. Repassez. C'est un service que je vous demande. »

Absolument authentique. Il n'y a pas que dans les lycées où les baignades soient rares en province ! M. B.

VARIA

Le Choléra.

Le choléra a beaucoup diminué en Syrie et paraît toucher à sa fin. Il n'y a pas eu de nouveaux cas signalés pendant les semaines qui viennent de s'écouler dans les vilayets d'Alep, d'Adana et de Damas. On a enregistré deux décès cholériques dans celui de Diarbékir et cinq dans celui de Beyrouth.

Le total de la mortalité officielle s'élevait, à la date du 25 janvier, au chiffre de 4,170 décès dont 2,361 pour le vilayet d'Alep, 1,189 pour celui de Damas, 421 pour celui de Beyrouth, 97 pour celui d'Adana, 85 pour celui de Memouret-ul-Aziz, et 15 pour celui de Diarbékir.

Il ne semble pas que la légère reprise du choléra à Tripoli ait de graves conséquences, a moins que les chaleurs précoces de la localité n'y viennent rallumer l'épidémie.

Il s'est produit un incident à Beyrouth où se trouvait en quarantaine le consul général d'une grande puissance, de retour d'Alexandrette. Il parait que la femme et les parents du consul, en allant au lazaret demander de ses nouvelles, ont eu l'occasion d'échanger quelques poignées de main avec des personnes qui étaient également au lazaret. Cette imprudence fut signalée au vali par la police. Il est vrai que les dames visiteuses étaient gantées, ce qui aurait pu atténuer la gravité du délit.

Mais on ne tint pas compte de ce détail. Le vali réunit un conseil de quinze médecins qui fit entrer les dames délinquantes au lazaret, où elles durent rester huit jours pleins.

Assistance publique : Hôpitaux Maritimes.

En relisant pendant nos dernières vacances le volume de Michelet, *La Mer*, nous avons trouvé, à la fin (p. 425), la note suivante qui date de 1866 et qui a encore aujourd'hui un réel intérêt.

« J'apprends avec plaisir que l'administration parisienne de l'Assistance publique crée en ce moment un établissement de ce genre. Qu'il me soit permis d'exprimer mes vœux : Le premier, c'est qu'on ne centralise pas les enfants dans un même lieu ; qu'on ne fasse pas un Versailles, une fondation fastueuse, mais plusieurs petits établissements dans les stations différentes, où les jeunes malades soient répartis selon la différence des maladies et des tempéraments.

« Mon second vœu, c'est que cette création, pour être durable, profite à l'Etat, loin de lui être onéreuse ; que les enfants trouvés que l'on y placerait, les convalescents valides, les malades rétablis, soient employés, selon les lieux, aux travaux les moins fatigants des ports et de la navigation, aux métiers qui s'y rattachent, qu'ils prennent l'habitude et le goût de la vie marine.

« Lorsque des populations malheureusement trop nombreuses de pêcheurs et de matelots tournent le dos à la mer et se font industrielles, il faut suppléer à cette désertion. Il faut faire des hommes tout neufs, qui n'aient pas entendu débattre dans la cabane paternelle les profits de la vie prudente, abritée de l'intérieur.

« Il faut que l'adoption de la France crée un peuple de marins qui, voué d'avance à son métier héroïque, le préfère à tout ; qui, dès les premières années, bercé par la Mer, n'aime que cette grande nourrice et ne la distingue pas de la Patrie elle-même. »

Depuis près de quinze ans, le Conseil municipal a réclamé la construction d'un second hôpital semblable à celui de Berck. Personnellement, nous avons bien des fois insisté pour la réalisation de cette réforme. Elle permettrait, en effet, de débarrasser utilement les hôpitaux d'enfants d'un certain nombre de maladies chroniques ; elle permettrait de soigner et souvent de guérir un grand nombre de ces enfants dont l'affection s'aggrave et devient plus coûteuse, faute de soins donnés au moment opportun. Ce second hôpital, dont le Conseil municipal devrait hâter la construction, pourrait être édifié avec avantage sur l'une des plages du Calvados ou de la Manche, en choisissant les régions relativement les moins éloignées de Paris. Il conviendrait aussi de faire des constructions aussi simples que possible, et d'examiner s'il n'y aurait pas d'intérêt à y envoyer les enfants du mois d'avril au mois de septembre seulement, au lieu de les y maintenir pendant l'hiver. Que le Conseil municipal et Peyron s'inspirent des idées si bien exprimées par M. Michelet et ils rendront un nouveau service aux enfants pauvres et malades de Paris. B.

Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique a terminé vendredi dernier la discussion du projet de loi sur la revision de la *législation des enfants assistés*. La modification la plus importante est la suivante, qui rendra légale la réforme si humaine réalisée par le Conseil général républicain de la Seine.

Si l'enfant est âgé ou parait âgé de moins de trois mois et si la personne qui le présente refuse de répondre en tout ou partie au questionnaire, acte est pris de ce refus et l'admission est prononcée. Dans ce cas, aucune enquête administrative ne sera faite.

Cette généralisation pour toute la France du principe de l'admission à bureau ouvert, proposée par l'*unanimité* de la Commission, moins le rapporteur, M. Brueyre, a été admise à la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Thulié, Rousselle et Jules Simon. Au vote, il n'y a eu que deux votants *contre*.

Clinique nationale ophtalmologique annexée à l'Hospice national des Quinze-Vingts. Concours pour l'admissibilité aux emplois d'aide de clinique.

Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts aura lieu dans le courant du mois d'avril 1891. La date exacte d'ouverture de ce concours sera annoncée au moyen d'une nouvelle insertion dans le *Journal Officiel* et dans les journaux de médecine ainsi qu'au moyen d'affiches remises aux doyens des Facultés de médecine de l'Etat et aux directeurs des hôpitaux de Paris. Les opérations du concours auront lieu dans une des salles de la clinique nationale.

Sont admis à y prendre part les candidats de nationalité française âgés de moins de 35 ans au jour de l'ouverture du concours et ayant pris au moins 12 inscriptions à l'une des Facultés de médecine de l'État. Peuvent également concourir les docteurs en médecine remplissant les conditions d'âge et de nationalité ci-dessus indiquées.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice national le jeudi 12 mars au plus tard.

Cette demande sera accompagnée : 1° de l'acte de naissance du postulant ou d'une copie certifiée de ses lettres de naturalisation ; 2° de son diplôme, s'il est docteur ; 3° d'une attestation constatant qu'il a pris 12 inscriptions au moins à l'une des Facultés de médecine de l'État ; 4° de ses titres et états de services ainsi que des travaux scientifiques dont il serait l'auteur ; 5° d'un certificat de bonnes vie et mœurs ; 6° d'un engagement signé par lui conforme au modèle que les candidats trouveront déposé dans les bureaux de l'hospice national.

Les candidats ayant obtenu le nombre de points exigé pour être déclarés admissibles aux emplois d'aides de clinique seront classés par le jury d'après le mérite de leurs examens. Ils seront nommés au fur et à mesure des vacances dans l'ordre de leur classement ; mais ils ne recevront leur titre officiel qu'après un an de service effectif à la clinique. Ils devraient concourir de nouveau s'ils n'avaient pas été pourvus d'un emploi d'aide de clinique dans le délai de quatre ans à compter de la date du concours.

Les épreuves sont au nombre de trois : 1° un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le jury et le nombre de points attribués aux candidats sera porté à leur connaissance avant l'ouverture des épreuves orales ; 2° une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition ; 3° une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

Pour chacune des épreuves le nombre de points à attribuer aux candidats est déterminé d'après l'échelle suivante : 0, nul ; — 1, 2, très mal ; — 3, 4, 5, mal ; — 6, 7, 8, médiocre ; — 9, 10, 11, passable ; — 12, 13, 14, assez bien ; — 15, 16, 17, bien ; — 18, 19, très bien ; — 20, parfait.

Toute épreuve autre que l'épreuve sur titres, dont la note est inférieure à 9, entraine la non admissibilité du candidat.

Un an après le concours annoncé par le présent avis, il sera créé deux emplois de chef de clinique à la clinique nationale ophtalmologique. Tout aide de clinique ayant obtenu le titre officiel pourra concourir pour ces emplois.

Les épreuves du concours spécial pour les emplois de chef de clinique consisteront en : 1° une épreuve pratique de réfraction sur un malade ; il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et cinq minutes pour l'exposition ; 2° une épreuve clinique portant sur un malade quelconque ; il sera accordé quinze minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour l'exposition.

Le nombre des points à attribuer aux candidats sera déterminé d'après l'échelle indiquée ci-dessus. Une cote spéciale, qui aura le coefficient 3, représentera l'ensemble des notes de service obtenues par les aides.

Hospice Saint-Victor d'Amiens. Concours pour l'emploi de médecin en chef.

Le Sénateur, Maire de la ville d'Amiens, considérant qu'en raison de l'ouverture prochaine de l'hospice Saint-Victor fondé à Amiens en exécution du testament de M. Victor Cauvel de Beauvillé, il y a lieu de pourvoir à la nomination du médecin en chef de cet hospice spécialement affecté aux indigents atteints de maladie des yeux ou de cécité complète ; — Considérant que la nature des soins à donner aux malades et les opérations chirurgicales qu'ils peuvent avoir à subir nécessitent la présence d'un spécialiste ; — Considérant que pour fixer le choix de l'Administration la voie du concours est préférable à tout autre moyen ; — Vu l'article 88 de la loi du 5 avril 1884, arrête :

ARTICLE PREMIER. — Il est ouvert un concours pour l'admissibilité à l'emploi de médecin en chef de l'hospice Saint-Victor.

ART. 2. — Les candidats devront être de nationalité française, pourvus du diplôme de docteur de l'une des Facultés de médecine de l'Etat et âgés de 40 ans au plus.

ART. 3. — Ils adresseront leur demande pour le 7 mars au plus tard au secrétariat de la mairie d'Amiens qui leur en accusera réception et leur fera connaître en temps utile si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Cette demande sera accompagnée : 1° de l'acte de naissance du candidat ; — 2° d'une pièce établissant sa nationalité française ; — 3° de ses diplômes ;— 4° de sa thèse inaugurale ; — 5° de ses états de service, d'un exposé de ses titres et travaux scientifiques et notamment de certificats établissant que le postulant aurait été attaché à un titre quelconque soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux ; — 6° d'un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il a sa résidence habituelle.

ART. 4. — Les épreuves du concours auront lieu à la clinique de l'hospice national des Quinze-Vingts à Paris le 16 mars prochain, à 8 h. 1/2 du matin.

ART. 5. — Le Jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq docteurs en médecine choisis en majorité parmi ceux s'occupant spécialement d'ophtalmologie.

ART. 6. — Les épreuves du concours seront au nombre de trois : 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie ou de pathologie tirée au sort entre cinq questions mises dans l'urne par les membres du Jury. Il sera accordé trois heures pour traiter le sujet ; — 2° Une épreuve clinique portant sur deux malades dont un choisi parmi les malades atteints d'un trouble de la réfraction, soit dynamique soit statique. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des deux malades, vingt minutes pour l'exposition ; — 3° L'appréciation par le Jury des titres et des travaux scientifiques du candidat ainsi que de ses antécédents comme opérateur et praticien.

ART. 7. — Pour chacune des épreuves, le nombre de points à attribuer aux candidats est déterminé par l'échelle suivante : 0, Nul ; — 1, 2, Très mal ; — 3, 4, 5, Mal ; — 6, 7, 8, Médiocre ; — 9, 10, 11, Passable ; — 12, 13, 14, Assez bien ; — 15, 16, 17, Bien, — 18, 19, Très bien ; — 20, Parfait.

Les points obtenus sont multipliés par des coefficients proportionnels à l'importace respective des épreuves. Pour la première et la troisième épreuve, le coefficient sera 1, pour la seconde 2. Toute épreuve dont la note est inférieure à 12 entraine la non admissibilité du candidat. Les candidats seront classés par ordre de mérite d'après le total des points obtenus.

ART. 8. — Le médecin en chef de l'hospice Saint-Victor sera chargé du service quotidien de la clinique ophtalmologique et des soins à donner aux pensionnaires et au personnel de l'Etablissement. Il jouira d'un traitement annuel de six cents francs.

Fait à Amiens, à l'Hôtel de Ville, le 31 janvier 1891.

De l'enseignement des maladies syphilitiques et cutanées et de l'hospitalisation des vénériennes.

M. le Dr Gemy, chargé du cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à l'Ecole d'Alger, a publié, dans le numéro du 1er décembre 1890 du *Bulletin médical de l'Algérie*, la très intéressante leçon qu'il a faite à l'ouverture de son cours. Il indique les ressources et l'organisation de cet enseignement à Paris. Il termine en donnant son appréciation sur la situation qui est faite encore aux malades atteints de maladie vénérienne.

« Il n'y a pas bien longtemps, dit-il, que, partout en France, les individus atteints de dermatoses ou de maladies vénériennes étaient comme déshonorés, considérés comme de veritables criminels ne méritant aucune pitié. Encore aujourd'hui, dans nombre de villes même des plus importantes, ils sont impitoyablement repoussés des hôpitaux ; à Paris, les sœurs de Saint-Louis les appellent des « diables. »

« Il semble vraiment que sur ce point nous sommes encore en pleine barbarie. Il faut, messieurs, lutter contre ces monstrueux préjugés, indignes d'une démocratie intelligente. Ils sont les produits des époques superstitieuses, des époques d'oppression religieuse. Les vénériens, comme les teigneux, comme tous les malades qui relèvent de notre spécialité, sont dignes de toute notre sollicitude et de tous nos soins au même titre que tous les autres malades.

« Eh bien, je ne crains pas d'affirmer qu'en refusant à l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie des chaires officielles, les Facultés ne font qu'obéir aux mêmes superstitions, puisqu'elles considèrent cet enseignement comme indigne de figurer sur le même pied que l'enseignement de la médecine générale. C'est à peu près la même situation qu'au siècle dernier la médecine faisait à la chirurgie. »

Ces paroles confirment pleinement tout ce que nous avons dit dans ce journal sur la situation honteuse qui est faite aux vénériens et aux vénériennes, non seulement en province, mais même, quoique à un moindre degré, à Paris. C'est à ceux qui pensent comme M. Gemy et comme nous à poursuivre la même campagne et on aboutira sûrement. B.

Jardin d'acclimatation. Les Dahoméens.

Une caravane du plus haut intérêt est attendue au Jardin Zoologique d'Acclimatation. Trente-huit guerriers Dahoméens (24 hommes et 14 femmes) y arriveront le 4 février, et seront installés dans les nouvelles galeries d'exposition. La première journée (jeudi 5 février) a été réservée aux Actionnaires de l'Etablissement et aux Représentants de la Presse ; à partir du lendemain, l'exhibition sera publique et gratuite pour tous les visiteurs du Jardin

Les nouveaux arrivants exciteront certainement la curiosité des Parisiens. Ils appartiennent à une race belliqueuse, féroce, dont le gouvernement est essentiellement militaire et despotique. Le Roi du Dahomey est investi du pouvoir le plus absolu ; il a droit de vie et de mort sur tous ses sujets. La mort d'un noble Dahoméen a de terribles conséquences pour ses esclaves, car la coutume veut qu'un nombre de serviteurs proportionné à la puissance du mort soit immolé.

Les sacrifices humains ont d'ailleurs lieu régulièrement, chaque année, à des dates fixées par les prêtres ou Mollas. Ces prêtres jouissent d'une très grande influence sur le peuple qui, comme tous les peuples africains, est très superstitieux. La religion est une sorte de fétichisme, mêlé à quelques pratiques de l'Islamisme.

Le costume au Dahomey est des plus simples ; hommes et femmes sont vêtus d'une ceinture en peaux d'animaux ou d'un lambeau d'étoffe. Le cou, les bras, les jambes sont ornés de colliers faits de dents d'animaux, de coquillages et même, chez les riches, de piécettes d'or.

Le sol du royaume est fécond ; il produit, en abondance, le millet, la canne à sucre, le riz, le beurre végétal, les oranges, les ananas, les bananes ; le coton y vient également bien, il est filé et teint par les naturels. Les animaux domestiques sont : des bœufs zébus, des moutons à longues jambes, des cochons noirs, des chevaux de petite taille, des poules et des chiens. Dans les grandes forêts vit toute la faune équatoriale : lions, panthères, buffles, rhinocéros, hippopotames, singes et une foule d'autres animaux, sans oublier les éléphants dont la chasse est faite activement, l'ivoire étant une des marchandises les plus recherchées par le commerce européen dans ces régions.

Comité consultatif d'Hygiène.

Dans la séance du 2 février, M. Grancher a lu son rapport sur la création d'*hôpitaux d'isolement* pour les contagieux. Voici les conclusions : 1° Il n'y a pas lieu de créer hors de Paris un hôpital de rubéoleux ; il faut améliorer les services de la rougeole et annexer à ces services un pavillon spécial et indépendant, composé autant que possible de petites chambres de 4, 6 ou 8 lits, facile à évacuer et à purifier pour y recevoir les rubéoleux atteints de pneumonie ou d'otites ; — 2° Les pavillons demandés par le Conseil municipal existent et fonctionnent ; la commission vous propose de répondre à la question de M. le ministre qu'il y a lieu d'approuver et maintenir les mesures prises pour l'hospitalisation des scarlatineux ; — 3° La coqueluche est de toutes les maladies contagieuses celle qui se prête le mieux à l'hospitalisation hors Paris et cette hospitalisation nous paraît avantageuse pour combattre la contagion et pour favoriser le traitement ; — 4° En ce qui concerne la variole il faut que la revaccination soit prochainement inscrite dans la loi ; — 5° Pour la teigne, proposition de laisser à M. le Directeur de l'Assistance publique toute liberté sur les mesures à prendre pour l'hospitalisation des teigneux intra ou extra-muros.

Il a été procédé ensuite à l'élection pour la présentation d'un membre titulaire. M. Gariel a été désigné en première ligne, M. Charrin en seconde, M. Drouineau en troisième. Il s'agissait de remplacer M. Gavarret, professeur de

physique, d'où le choix de M. Gariel. Les voix obtenues au premier tour par les deux auditeurs les plus anciens montrent qu'au comité d'hygiène il y a un certain nombre de membres qui sont décidés à tenir un compte sérieux des travaux des auditeurs. — En remplacement de M. le Dr Richard, agrégé du Val-de-Grâce, qui a été envoyé aux colonies, il avait été convenu qu'on désignerait comme auditeur un médecin militaire. M. le Dr Vaillard a été présenté en première ligne et M. le Dr Burlureau en seconde ligne. — Nous avons donné l'an dernier les conclusions du rapport de M. Grancher sur l'isolement des diphtériques (13 déc., p. 490).

Actes de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Retterer, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Pinard, Segond, Jalaguier. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Letulle, Netter.

JEUDI 12. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Brun, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quénu, Gley. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Hanot, Gilbert. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Proust, Ballet, Quinquaud. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Debove, Hutinel.

VENDREDI 13. — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Chauffard, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Straus, Robin, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Potain, Déjerine, Netter.

SAMEDI 14. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Humbert, Maygrier. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Hutinel, Hanot. — (2e partie) : MM. Bouchard, Legroux, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 12. — M. Dupré. Les infections biliaires. Etude bactériologique et clinique. — M. Lalcy. Application thérapeutique de la suggestion hypnotique. — M. Legueu. Calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. — M. Petit. De l'hygroma trochantérien.

Enseignement médical libre.

Médecine légale (aliénation et criminalité). — M. le Dr DUBUISSON, le jeudi à 4 h. 1/2, à la Faculté de droit.

Thérapeutique oculaire. — M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

Enseignement municipal supérieur.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, directeur de l'Aquarium de la Ville de Paris, commencera ce cours le lundi 16 février 1891, à deux heures, à la Mairie du 1er arrondissement (Saint-Germain-l'Auxerrois) et le continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

Objet du cours : Poissons d'eau douce de la France ; mœurs, instincts, fonctions, hygiène et maladies ; reproduction et culture du poisson ; procédés pratiques de pisciculture ; fécondation artificielle ; appareils ; repeuplement des cours d'eau et étangs ; pêche fluviale ; législation ; usages alimentaires et industriels ; approvisionnement du marché de Paris.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 janv. 1891 au samedi 31 janv. 1891, les naissances ont été au nombre de 1269 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 512 ; illégitimes, 139, Total, 651. — *Sexe féminin* : légitimes, 474 ; illégitimes, 144, Total, 618.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 janv. 1891 au samedi 31 janv. 1891, les décès ont été au nombre de 1103 savoir : 564 hommes et 539 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 6, T. 16. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 8, F. 7, T. 15 — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 4, F. 3, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 19, F. 18, T. 37. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 114, F. 82, T. 196. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 16, T. 38. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 3, T. 4. — Tumeurs malignes : M. 16, F. 27, T. 43. — Méningite simple : M. 22, F. 10. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 24, T. 74. — Paralysie : M. 5, F. 6, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 5, T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 37, T. 59. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 14, T. 33. — Bronchite chronique : M. 23, F. 30, T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 25, T. 40. — Pneumonie : M. 45, F. 58, T. 103. — Gastro-entérite, biberon, M. 11, F. 15, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 1, T. 4. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale : M. 16, F. 8, T. 24. — Sénilité : M. 8, F. 27, T. 35. — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres morts violentes : M. 5, F. 2, T. 7. — Autres causes de mort : M. 121, F. 79, T. 200. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 4, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 31, illégitimes, 12. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 15. Total : 39.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — Un congé de trois mois, à partir du 1er janvier 1891, est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. EMERY, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Dijon. — M. MARGOTTET, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Dijon, est nommé, pour trois ans, à dater du 23 janvier 1891, doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prix de thèse. Médailles d'argent* : MM. Rieffel, Vaquez, Tissier, Lyon, Parmentier, Cherbuliez, Parizot, Baudouin Marcel, Thierry, Perchaut, Legry. — *Médailles de bronze* : MM. Nicolle, Huguenin, Caussade, Regnier, Gasser, Janet, Valentin, Dussert, Mordret, Lyot, Delagénière, Renaud, Kœnig, Decressac, Cart, Charmoy, Brulh, Lancry. — *Mentions honorables* : MM. Kaurain, Vignalou, Willemain, Meilach, Lion Gaston, Bonnier, Springer, Oiry, Champeille, Vimont Maurice, Baudry, Fèvre, Allard, Debayle, Brossard, Melle Dylion Bertha, MM. Buisson, Hervé, Monnin, Duchain, Clarot, Le Marc-Hadour, Ballenghien, Clerval, Roux, Sans, Pinçonnat, Conte, Vacher, Wickham, Chaker, Desroches, Hudelot, de Souza-Leite. — *Prix Barbier* : M. JANET a obtenu 300 francs à titre d'encouragement pour un appareil de chirurgie ; — M. LŒWEMBERG a obtenu 300 francs à titre d'encouragement pour un appareil à mesurer la tension du tympan. *Le prix n'a pas été donné.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Cette Faculté a émis un vote favorable à la permutation du Pr VIAULT, qui demande à passer de la chaire d'histologie et d'anatomie générale à la chaire expérimentale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. COMBEMAL, agrégé et chef du laboratoire des cliniques à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, en outre, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de thérapeutique à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. BÉTIS (Louis-Gontran-Félix), bachelier ès sciences restreint, est nommé préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. Féral, démissionnaire.

ÉCOLES VÉTÉRINAIRES. — Par décision ministérielle, M. NOCARD, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, ancien directeur de cette Ecole, est nommé membre du conseil de perfectionnement des Ecoles nationales vétérinaires de France.

EPIDÉMIES. — *Rougeole et fièvre typhoïde dans les casernes.* — Des cas de rougeole et de fièvre typhoïde ayant été constatés parmi les soldats du 6e régiment d'infanterie de marine, caserné à Pantanézen, près Brest ; l'autorité maritime a ordonné d'évacuer temporairement cette caserne et 300 soldats ont été logés sur un transport désarmé, qui est amarré dans l'avant-port de Brest. On va en même temps assainir la caserne.

La fièvre typhoïde à Brest. — M. Bérenger-Féraud, président du conseil de santé de la marine à Paris, s'est rendu à Brest pour procéder à une enquête sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit dans l'infanterie et l'artillerie de marine.

La fièvre typhoïde à Cherbourg. — A l'une des dernières séances de la Chambre, M. de Lanjuinais a adressé une question à M. le ministre de la marine sur l'*épidémie de fièvre typhoïde à Cherbourg.* L'orateur a demandé qu'on favorisât autant que possible les engagements dans l'armée coloniale. Il trouve cela une mesure efficace, en cette question d'hygiène ! M. Barbey, ministre de la marine, a répondu que l'épidémie n'existe pas en réalité à Cherbourg. Il y a eu en janvier 60 à 70 cas de fièvre typhoïde ou de rougeole. Il n'y a pas eu plus de 8 ou 10 décès. La caserne est loin d'être insalubre. Un inspecteur sanitaire a d'ailleurs été envoyé. Quant aux engagements dans l'armée coloniale, il a fallu les restreindre.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, page 93, 1re col., ligne 38, au lieu de « il insiste sur l'existence des formes frustes, imparfaites, *symptomatologiques*, de ce qu'il a appelé le grand hypnotisme » lire : « il insiste sur l'existence des formes frustes, imparfaites, de ce qu'il a appelé le grand hypnotisme. »

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La Société centrale s'est réunie le 1er février à l'Assistance publique. Après diverses communications de MM. Piogey, Machelard, Laguey et Bruy, il a été procédé à l'élection d'un vice-président, M. Horteloup ; d'un secrétaire, M. G. Piogey ; d'un vice-secrétaire, M. E. Piogey ; d'un trésorier, M. Bruy et de onze membres de la Société. Peu de personnes assistaient à cette séance. Nous espérons qu'à l'Assemblée générale, qui aura lieu le dimanche de la Quasimodo, les membres de province viendront en grand nombre, la question des intérêts professionnels des médecins demandant encore de sérieuses études.

LES DUELS D'ÉTUDIANTS EN SUISSE. — Des étudiants de Zurich et de Bâle sont arrivés cette semaine à Berne en grand nombre pour provoquer leurs confrères de la corporation universitaire la *Zæringhia*, de Berne. Un duel général s'est engagé entre quinze étudiants zurichois et bâlois et quinze étudiants bernois. Le théâtre du combat a été Schœnegg, près Berne. De temps en temps une voiture a ramené quelque blessé, au visage entamé et ruisselant de sang. On s'est battu à la rapière, selon l'usage allemand, c'est-à-dire qu'il a été impossible de se faire des blessures graves et les combattants en ont été quittes pour des balafres. La police est restée indifférente, estimant que, s'il plaît aux étudiants de se défigurer, cela les regarde seuls. Elle a raison.

KOCH ET SON REMÈDE. — L'opinion publique en tous pays a sévèrement jugé l'exploitation de la lymphe de Koch. Les Allemands eux-mêmes ont fini par reconnaître — un peu tard peut-être — que le scandale dépassait les bornes. A la chambre des médecins de la province de Brandebourg et de la ville de Berlin, chambre qui représente une sorte de conseil de discipline médicale, le docteur Mendel, dans la dernière séance, a eu le courage de protester énergiquement, au nom de l'honneur professionnel, contre la conduite de l'entourage de Koch et de flétrir, comme il convenait, la manière dont il avait abusé du remède qu'il avait seul à sa disposition.

NÉCESSITÉ DE LA CRÉMATION EN ITALIE. — L'opposition que rencontre la crémation, dit *The medical Press,* diminue de jour en jour dans la plupart des pays et l'Italie prend le devant en adoptant la pratique de la façon la plus large. D'ailleurs, l'Italie, elle, en a absolument besoin. Il est établi qu'il n'existe pas de cimetières dans toutes les parties de cette contrée. Par exemple, en 1885, sur les 8,258 communes, 120 n'avaient pas de cimetière. Dans 274 communes, les morts étaient enterrés dans les églises, et dans 628 les corps étaient jetés dans une fosse commune. Dans ces circonstances donc, la crémation triomphe d'une difficulté qui certainement serait difficile à résoudre par aucun autre moyen. L'Italie, en adoptant la crémation, fournit la preuve la plus frappante des avantages qui en résultent.

MORPHINOMANIE A DEUX. — Nous citions, dans notre dernier numéro, plusieurs cas de morphinomanie à deux. Un nouveau fait vient d'être publié dans tous les journaux ; il a trait encore à un médecin et à son amante, femme d'un pharmacien. Nous faisons allusion au procès récent de M. le Dr M.... (de Paris).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MITRE, médecin de la marine. — M. le Dr DE LASALZÈDE (Vichy). — M. le Dr GUÉDENEY (Joinville, Haute-Marne). — M. le Dr MOISSAN (Plumelec). — M. le Dr RICHEZ (Auby).— M. le Dr LEFEBVRE (Bonnières).— M. H.-B. BRADY, zoologiste distingué, auquel on doit des travaux sur les Rhizopodes et les Protozoaires.— M. le Dr BADOLLE (de Thiry).— Une des personnalités scientifiques les plus en vue de Bordeaux, M. le Dr SOUVERBIE, directeur du Muséum d'histoire naturelle de cette ville, vient de succomber aux suites d'une maladie contractée pendant les grands froids. Né en 1815 à New-York, de parents français, il avait été reçu docteur en 1842. Depuis 1853, il s'était entièrement consacré au Muséum. On a de lui, notamment, de très importants travaux de conchyliologie. — M. le Dr MILLET, médecin-major de première classe. — M. le Dr GERBOIN, médecin-major de première classe. — M. le Dr BONDET, médecin aide-major de deuxième classe. — M. le Dr SALLERON, médecin principal de première classe en retraite.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Viennent de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-oct. de 571 pages avec 13 planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs.— Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. Service de Chirurgie du Dr Terrier (1883-1889), par le Dr Marcel BAUDOUIN, avec une préface et deux introductions de **M. le Dr F. Terrier.** Un beau volume in-8 de 220 pages, avec 10 figures et 4 photogravures. Prix : 5 francs. — Pour nos abonnés : 3 fr. 75.

Chronique des Hôpitaux.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le D BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures.— M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

BAILLARGER (M.). — Recherches sur les maladies mentales, 2 volumes in-8 formant ensemble 1,4?6 pages, avec 15 planches hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 7. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 14 FÉVRIER 1891.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Hospice de la Salpêtrière. — M. J.-M. CHARCOT.

Le sang dans l'hystérie normale;

par le Dr GILLES DE LA TOURETTE, ancien chef de Clinique des maladies du système nerveux, et H. CATHELINEAU, ancien interne en pharmacie de la Clinique, chef de laboratoire à la Faculté.

Pour faire suite à nos études sur la *nutrition dans l'hystérie*, nous allons exposer le résultat de nos recherches sur le sang dans l'*hystérie normale*, c'est-à-dire en dehors de toute autre manifestation de la névrose que les stigmates permanents servant à la caractériser. L'historique de la question est presque entièrement contenu dans les lignes suivantes que nous empruntons à Briquet (1) : « On a fort peu de données sur l'état du sang chez les hystériques non chlorotiques. Willis, ayant fait saigner un homme atteint d'hystérie, avait remarqué que le sang sortait de la veine en gouttelettes et à demi coagulé. Etmüller prétend que le sang des hystériques est épais. Sydenham, au contraire, conjecture que leur sang n'est pas suffisamment riche, et pour lui la pauvreté du sang donne lieu aux troubles des esprits animaux, cause principale de l'hystérie.

« M. Michéa, qui a fait quelques recherches sur la composition du sang dans les névroses, en a également déduit que les matériaux solides manquaient dans le sang ; ainsi il rapporte l'observation d'une fille hystérique forte et colorée, et qui n'avait que le chiffre 7 de globules.

« M. Marchant de Sainte-Foy assure que le nombre des globules du sang va en diminuant chez ces malades. M. Franz (Simon) dit que l'urée et d'autres matériaux organiques sont en moins dans ce sang. Quoique la science ne possède point encore sur ce sujet d'analyses obtenues soit par les moyens de la chimie, soit par le moyen du microscope, il n'est pas douteux que chez les hystériques non chlorotiques le sang ne contienne moins de matériaux solides que dans l'état normal.

« Il est à désirer que des recherches soient faites sur ce point et qu'elles soient faites sur des sujets bien menstrués et ne présentant aucun signe de chlorose. Il est donc hors de doute que, chez la majorité des malades, il n'y ait de l'aglobulie, de laquelle résulte soit la chlorose, soit l'anémie. »

Nous avons essayé de remonter aux sources indiquées par Briquet, mais, malgré nos recherches, il nous a été impossible de retrouver les mémoires originaux, dont d'ailleurs il ne donne aucune indication bibliographique, ce qui est fort regrettable.

La seule opinion intéressante à contrôler eût été celle de Franz (Simon) qui dit « que l'urée et d'autres matériaux organiques sont en moins dans ce sang. » Mais « comme la science ne possède point à ce sujet d'analyses obtenues soit par les moyens de la chimie, soit par le moyen du microscope, » nos regrets ne sont en somme que très modérés.

M. Empereur consacre deux pages et demie de sa thèse (2) à l'*état du sang chez les hystériques*, et débute en ces termes : « Nous avons promis de parler de l'état du sang chez les hystériques, nous tenons notre parole; mais nos recherches sur ce point sont trop peu nombreuses pour nous permettre d'en tirer des conclusions positives. » Viennent ensuite quelques lignes d'historique empruntées à Briquet, puis la numération des globules chez trois malades, dont deux présentaient des vomissements incoercibles. Chez la troisième, qui avait une nutrition régulière et rendait 20 grammes d'urée par jour et 3cc,5 pour 100 (?) en volume d'acide carbonique, on a trouvé 3.495.652 globules rouges et, quinze jours après, 4.888.777 de ces mêmes globules.

M. Empereur ne cherchant à interpréter que la relation qui existe entre le chiffre des globules et les vomissements, nous laisserons de côté, pour le moment tout au moins, ses numérations, désireux que nous sommes de nous occuper uniquement de l'hystérie normale.

La numération n'est, du reste, que la partie la moins intéressante de ces recherches. M. le Pr Charcot est le premier, à notre connaissance, qui, dans l'hystérie normale, ait cherché autre chose que le nombre des hématies. Ses investigations ont porté sur une malade atteinte de vomissements et d'ischurie. Elles datent du mois d'octobre 1871.

« Afin, dit-il (1), de déterminer si le sang de notre malade renfermait une plus forte proportion d'urée qu'à l'état physiologique, nous nous décidâmes à pratiquer une petite saignée. Pour ce faire, et en raison des obstacles que la contracture opposait à l'opération, il fut indispensable d'endormir la malade. M. Gréhant retira 0,036 d'urée par 100 gr. de sang obtenu chez Etchew., et 0,034 pour 100 gr. de sang d'une personne saine examinée comparativement. On voit que le résultat des deux analyses a été identique .»

Le chiffre de 0,034 pour 100 d'urée, trouvé chez une personne que M. Gréhant considérait comme saine, est peut-être un peu élevé ; car on a généralement noté que le sang renfermait 0,016 à 0,020 d'urée pour 100 gr. Mais ces expériences ne furent pas poursuivies.

M. Quinquaud, de tous les auteurs, est le seul qui, avec l'autorité qui s'attache à son nom en pareille matière, ait étudié le sang chez les hystériques d'une façon précise. L'hémoglobine a surtout attiré son attention, et il est arrivé aux résultats suivants qu'il énonce ainsi (2), en commençant le chapitre qu'il consacre à cette question : « Les hystériques dont les troubles nutritifs n'acquièrent pas une haute puissance conservent un taux élevé d'hémoglobine. — Les matériaux solides chez nos premières malades sans troubles gastriques restent physiologiques et ne diminuent pas. » Ces matériaux solides diminuent beaucoup dans l'anorexie hystérique. « Mais ce sont là des lésions graves de l'inanition qui n'ont rien de spécial à l'hystérie. »

Le point très important qui se dégage de l'étude de M. Quinquaud, c'est que les hystériques ne sont pas des êtres à part : « Certes, les hystériques, dit-il, résistent à la dénutrition ; cela est vrai ; mais cette particularité ne va pas au delà d'une certaine limite et bientôt se montrent les lésions hématiques de l'inanition complète. »

C'est l'opinion à laquelle nous avaient conduits nos études, nous estimant très heureux d'avoir pu appuyer nos conclusions sur une voix aussi autorisée que celle de M. Quinquaud, dont il nous sera permis, dans la circonstance, de résumer la pensée ainsi qu'il suit : « Les hystériques normaux, non chloro-anémiques, ne présentent pas de modifications hématiques. »

Les recherches que nous avons entreprises dans le but de nous faire une opinion personnelle sur cette question du sang dans l'hystérie, ont porté sur 10 malades du service de M. Charcot : 5 hommes et 5 femmes présentant les stig-

(1) *Traité de l'hystérie*, 1859, p. 521.
(2) *Essai sur la nutrition dans l'hystérie*. Paris, 1876.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, T. I, p. 290.
(2) *Chimie pathologique*, p. 226. Paris, 1880.

mates caractéristiques de la névrose, en dehors des phénomènes pathologiques.

Sur ces 10 sujets, deux femmes (n[os] 9 et 10, tableau I) doivent être éliminées, au moins pour une certaine partie de nos expériences, car elles étaient en *état second* (somnambulisme hystérique prolongé) et partant en dehors de l'hystérie normale, et de plus la chlorose, au moins pour le n° 10, était extrêmement accentuée. Mais, avant d'aborder le chapitre d'hématologie proprement dit, on nous permettra de présenter quelques réflexions tout à fait cliniques. Elles ont particulièrement trait à la façon dont « saignent » les hystériques.

Les auteurs les plus anciens ont noté que le sang coulait mal des blessures ou piqûres faites à ces malades. Les auteurs les plus modernes ont noté que l'écoulement du sang était surtout difficile dans les régions anesthésiques. « Des saignées ayant été appliquées sur une malade atteinte d'hémianesthésie hystérique, dit M. Charcot (*loc. cit.*, p. 303), je remarquai que les piqûres fournissaient difficilement du sang du côté anesthésié, tandis qu'elles en donnaient comme d'habitude du côté sain. »

Dans nos 10 cas, nous avons pu vérifier ce fait. Afin de recueillir la quantité de sang nécessaire à nos expériences, nous mettions une ventouse scarifiée, quelquefois deux. Or, nous n'avons jamais pu recueillir plus de 15 à 20 c. c. de sang par ventouse, lorsque chez un malade ordinaire, non hystérique, on recueille facilement 40, 50 c. c. de sang avec une ventouse de même calibre. Comme au début nous placions la ventouse du côté anesthésique dans un but facile à comprendre, nous pouvions croire que l'anesthésie était en relation directe avec la petite quantité de sang qui s'écoulait. Pour vérifier les expériences, nous avons simultanément appliqué une ventouse du côté insensible et une deuxième du côté sensible ; de plus, certains malades n'avaient que des anesthésies localisées à un segment de membre, d'autres étaient hyperesthésiques; dans tous ces cas, nous n'avons pu recueillir davantage de sang, qu'il existât ou non des troubles de sensibilité. Nous pensons, c'est là une hypothèse, que, de même que la diathèse de contracture, le spasme vasculaire, qui est peut-être sous sa dépendance, peut s'exagérer en certaines régions, mais est toujours général lorsqu'il existe.

Nous avons fait la *numération des globules*, le point le moins important de ces recherches et les chiffres de 3,180,000 à 4,760,000, que nous avons obtenus, rentrent dans les moyennes physiologiques.

Le sang a alors été examiné au point de vue chimique. Le procédé auquel nous nous sommes arrêtés pour le dosage de l'hémoglobine, est celui de Schutzenberger-Quinquaud, lequel est, sans contredit, le plus précis en pareille matière. Il nous suffira, pour justifier notre dire, de rappeler le passage suivant emprunté à l'excellente thèse de M. Lambling (1) :

« L'expérience a démontré que la réduction de l'oxyhémoglobine par l'hyposulfite de soude aboutit à la production de l'hémoglobine réduite seulement sans aller jusqu'à l'hématochromogène, ainsi que l'avait pensé Hoppe-Seyler. Il en résulte que le procédé de dosage de l'oxygène, d'après Schutzenberger et Quinquaud, est le seul exact pour le sang. »

Dans deux cas, et comme moyen de contrôle, nous avons également dosé l'oxygène du sang à l'aide de la pompe à mercure; les résultats ont été les mêmes :

« Chez les hommes de bonne santé, chez les ouvriers de nos villes, on sait, dit M. Quinquaud, que la capacité respiratoire oscille entre 20 et 24 centimètres cubes pour 100 centimètres cubes de sang; c'est-à-dire que 100 centimètres cubes de sang agité à l'air ou avec de l'oxygène donnent 20 à 24 centimètres cubes d'oxygène à 0° et à 760 millimètres. On rencontre même 19 et 18 centimètres cubes chez des hommes qui n'accusent rien de pathologique. »

(1) *Des procédés de dosage de l'hémoglobine.* Nancy, 1882.

Tableau I.

NOMS	POIDS	GLOBULES	POUVOIR OXYDANT POUR 1000 c.c de SANG	HEMOGLOBINE POUR 1000 C.C. DE SANG	URÉE	GLYCOSE.	OBSERVATIONS
	kil.		c. c.	gr.	gr.	gr.	
Rog......... H. 32 ans.	65 »	4.120.000	192 »	101	0.219	»	»
Pen........... 43 ans.	80 »	4.200.000	196.50	103	0.17	»	»
Paign.......... 18 ans.	60 »	3 920 000	187 »	98.4	0.19	0.54	»
Courb......... 28 ans.	63 »	»	183 »	96.3	»	»	»
Deber.......... 29 ans.	67.500	3.180.000	176 »	92.6	»	»	»
Schey....... F. 22 ans.	57 »	4.340 000	170 »	89	0.17	»	»
Faf............ 18 ans.	52 »	3.950.000	173 »	91	»	»	»
Meun......... 24 ans.	52 »	4 760.000	188 »	98	0.14	0.45	»
Hab.......... 35 ans.	49 »	3.060.000	165 »	86	»	»	Etat second. Chlorose.
Din............ 17 ans.	51 »	2 520.000	162 »	85	0.15	»	Etat second. Chlorose.

Or, si l'on veut bien considérer le tableau I, on verra que, en dehors des cas 9 et 10 (état second et chlorose), le chiffre moyen est de 18 centimètres cubes: minimum 17 (femme) et maximum 19.6 (homme n° 2), ce qui est normal.

Nous pouvons donc conclure (avec M. Quinquaud) que, dans l'hystérie normale, le taux de l'hémoglobine reste égal à la moyenne physiologique. Nous aurions été également désireux de doser la glycose et l'urée renfermées dans le sang de tous nos malades d'expériences. Cela nous a été rendu difficile par suite de la petite quantité de sang que nous pouvions obtenir. Cependant nous avons pu doser l'urée chez 6 d'entre eux.

On sait que, chez l'individu normal, le sang renferme de 0,16 à 0,20 centimètres cubes d'urée pour 1000. Les résultats que nous avons obtenus se superposent aux moyennes précédentes, le chiffre le plus faible ayant été de 0 gr. 14 (n° 8) et le plus élevé (0 gr. 219, n° 1, h.). Nous pouvons donc conclure que le sang des hystériques normaux renferme la proportion physiologique d'urée.

Dans deux cas nous avons pu doser la glycose, qui, à l'état normal, se chiffre par 0 gr. 40 à 0 gr. 65 pour 1000 centimètres cubes de sang. Dans deux cas (n[os] 3 et 8) nous avons obtenu 0,45 et 0,54 de glycose, ce qui est égalment normal. De ces recherches, il résulte donc :

1° Que chez les hystériques normaux, la même solution de continuité du tégument cutané que celle faite à un individu sain, ne donne issue qu'à une quantité de sang d'un tiers environ inférieure à la normale.

2° Qu'en dehors des cas d'anémie et de chlorose, la quantité d'hémoglobine, l'urée et la glycose sont en proportions normales.

Ces résultats corroborent ceux que nous avions déjà énoncés à savoir : que la nutrition ne semble pas troublée dans l'hystérie normale.

Policlinique de Paris. — 2[e] *Cours de Gynécologie opératoire.* MM. Vulliet, professeur à la Faculté de médecine de Genève, Lutaud, médecin adjoint de Saint-Lazare et Ad. Olivier, chef du service des maladies des femmes, commenceront le 17 Février à 2 heures de l'après-midi, un cours sur les manœuvres et opérations gynécologiques, principalement destiné aux jeunes médecins et aux étudiants arrivés à la fin de leurs études. — Chaque élève sera appelé à pratiquer soit comme opérateur principal, soit comme aide, les principales opérations gynécologiques. Le cours sera complet en 20 leçons. — On s'inscrit à la *Policlinique de Paris*, 28, rue Mazarine. Le nombre des élèves est limité.

Société d'anatomie et de physiologie normales et pathologiques de Bordeaux. — Cette Société vient de décerner les récompenses suivantes pour 1890. 1[er] prix, 100 fr. : M. Fage, interne des hôpitaux. — 2[e] prix *ex-æquo*, 50 fr. : MM Sabrazes et Baudet, internes. — Médaille d'argent : M. Faguet, interne. — Médaille de bronze : M. Régnier, interne.

REVUE CRITIQUE

Séméiologie nerveuse de la langue (*Suite*);

par MM. Du Pasquier et Marie, internes des hôpitaux.

2° *Hypergeusie.* — L'exaltation morbide du goût est un phénomène rare; elle est le plus souvent confondue avec l'hyperesthésie tactile et douloureuse de la langue; elle est tantôt passagère et liée à une irritation de la muqueuse linguale, tantôt permanente et sous la dépendance d'une perturbation du système nerveux central; on l'a constatée dans l'hystérie, l'hypochondrie, et dans les états extatiques, catalepsie, somnambulisme, etc.

3° *Parageusie.* — On doit rapprocher des perversions du goût, si fréquentes dans les affections de la bouche, du tube digestif, du foie, celles que l'on observe chez les hystériques; elles sont décrites sous le noms de pica, malacia, sont caractérisées par du dégoût pour les aliments ordinaires, et par un besoin de manger diverses substances non nutritives et qui répugnent plus ou moins dans l'état de santé, telles que l'encre, la craie, le charbon, le vinaigre pur. Les goûts dits fade, pâteux, âcre, rance, s'observent également dans l'hystérie, l'hypochondrie, l'aliénation mentale. Certains épileptiques se plaignent que, pendant plusieurs heures après l'accès, tous les aliments ont un goût terreux (1).

Les aliénés sont fréquemment atteints d'illusions complètes au sujet des impressions gustatives, ou de véritables hallucinations du goût. Ces dernières ont été notées comme précurseurs des paroxysmes comitiaux. Certains aliénés trouvent aux substances alimentaires ou aux médicaments des saveurs complètement inexactes, prétendent qu'on mêle à leur nourriture des substances toxiques, ou boivent avec délices des solutions de sulfate de quinine, de bromure de potassium.

D'autres accusent avec persistance (hallucinations) une saveur amère, sucrée, acide, sans que rien puisse expliquer l'origine périphérique de cette sensation qui a pris naissance spontanément dans les centres nerveux. Nous rappellerons l'histoire souvent citée de ce jeune aliéné qui léchait avec délices les murs de son préau, croyant sucer des oranges du Japon.

Les troubles vaso-moteurs de la langue sont peu connus. Nous avons cité plus haut l'opinion de Vulpian rapportant à des phénomènes vaso-moteurs l'abolition du goût dans la paralysie faciale.

Dans la névralgie du trijumeau, la congestion de la langue est quelquefois tellement intense que l'organe fait saillie hors de la bouche (Guastalla, cité par Notta).

Indépendamment du goût, la langue est encore le siège d'un sens spécial, aussi délicat et plus exquis peut-être, le sens musculaire : elle est le siège des mouvements d'articulation des mots et conserve ces sensations, c'est une véritable *mémoire musculaire.*

Ce fait est intéressant à bien des points de vue.

C'est bien réellement à cette mémoire dite musculaire que l'on s'adresse pour apprendre aujourd'hui à parler aux sourds-muets par la méthode dite graphique : nous en trouvons l'exposé dans le beau livre de M. Goguillot (2): « Comment on fait parler les sourds-muets. » Nous la résumons en deux mots.

Le maître place sur son palais une forme s'y moulant exactement et recouverte d'un enduit (alcool et craie), et y fait en prononçant une certaine lettre une empreinte indiquant exactement les points où la langue est venue en contact des dents et du palais. On montre cette empreinte au jeune sujet et lui appliquant à son tour un moule fraîchement enduit, on l'oblige, en l'y aidant, à donner à sa langue une position telle que l'empreinte qu'il produira soit identique à celle du professeur; il peut constater ainsi par lui-même le plus ou moins de correction du son qu'il émet en voyant si l'empreinte qu'il fait sur le moule ressemble à celle qu'on lui donne à imiter. Il sera facile de rapprocher cette empreinte de la lettre en question qui lui sera montrée; et comme il possèdera dès lors exactement le mouvement d'articulation qu'exige la prononciation de cette lettre, un rapport s'établira entre elle et les mouvements d'articulation qu'exige sa prononciation, si bien que si cette même lettre lui est ultérieurement présentée, elle éveillera la sensation du mouvement de l'articulation et le malade pourra la lire à haute voix.

Les sourds n'entendent que parce qu'ils possèdent la mémoire musculaire de la langue; comme ils ont conservé exactement le rapport qui existe entre les mouvements d'articulation et le mot, le mouvement d'articulation qu'ils voient faire à leur interlocuteur éveille en eux l'idée, et la conversation devient possible. Il en est de même pour certains individus atteints de surdité verbale : ils arrivent à comprendre s'ils réussissent à reproduire avec leurs lèvres les mouvements qu'ils voient faire à leur interlocuteur. Ils entendent avec les muscles de l'articulation.

Le mouvement qui accompagne toute sensation ou toute perception, s'il renaît, reproduit la sensation et éveille l'idée. De là à la suggestion mentale, à l'induction psychomotrice, il n'y a qu'un pas.

Mais ces considérations nous feraient sortir du cadre réel de notre travail : nous ne pouvons que recommander la lecture des pages que M. Féré a consacrées à cet ordre de faits dans son livre « Sensation et mouvement. »

II. — Troubles de la motilité.

Troubles de la motilité. — Les troubles de la motilité de la langue comprennent les paralysies, les tremblements et les spasmes.

A. — Paralysies.

La paralysie complète de la langue, l'impossibilité absolue pour le malade de lui faire exécuter le moindre mouvement est rare : il y a le plus souvent diminution de la motilité et de la contractilité de la langue, non point perte absolue des mouvements de cet organe. La langue possédant deux ordres de mouvements distincts, des mouvements de mastication qui président à la déglutition, et des mouvements phonétiques qui président à l'exercice de la parole, la paralysie de cet organe entraînera donc des troubles de la parole, bégaiement, ânonnement, bredouillement, dus soit à une faiblesse, soit à un défaut de coordination, et des troubles de la mastication avec de la dysphagie et une déglutition difficile. A ces symptômes fonctionnels vient s'ajouter la déviation plus ou moins accusée de l'organe. La paralysie peut être, suivant les cas, flasque ou s'accompagner de contractures. Rarement à l'état isolé, la paralysie de la langue est le plus souvent associée aux autres troubles de la motilité de cet organe, tremblement, ou spasmes, et combinée même parfois à des symptômes d'ordre tout différent, à l'atrophie par exemple. Quoi qu'il en soit, nous avons décrit chacun de ces symptômes dans des paragraphes séparés, nous réservant de dire les cas où ils sont isolés ou associés; on nous approuvera peut-être, si l'on pense que c'est précisément cette absence ou cette coexistence de symptômes qui peut parfois seule donner la raison des troubles moteurs de la langue, permettre de les interpréter, de les rattacher à leur véritable cause.

Les causes des paralysies de la langue sont nombreuses : On se trouve en face de troubles moteurs de la langue chaque fois que les nerfs moteurs de cet organe sont lésés : par conséquent : 1° toutes les fois que le centre cortical, le faisceau cérébral et protubérantiel, les noyaux bulbaires et le tronc du grand hypoglosse seront intéressés par une tumeur, un foyer hémorrhagique ; 2° toutes les fois que le nerf facial sera paralysé. Dans la paralysie générale et dans certaines névropathies,

(1) Ch. Féré. — *Epilepsies et épileptiques,* 1890.

(2) Goguillot. — *Comment on fait parler les sourds-muets,* Paris, Masson, 1889.

l'hystérie, l'épilepsie, se rencontrent aussi des troubles résultant d'une paralysie de la langue. Enfin les intoxications, qui jouent un si grand rôle dans l'histoire et la pathogénie des paralysies, peuvent déterminer également des troubles de la motilité de cet organe.

Le centre cortical, le faisceau intra-cérébral et protubérantiel, les noyaux bulbaires et le tronc de l'hypoglosse sont intéressés (1). — Si la lésion occupe la corticalité, cette lésion pourra être ou très limitée ou très étendue. Dans le premier cas, la paralysie de la langue se présentera à l'état isolé, ou à peu près, comme dans l'observation de Dugout et Bally (2) où le malade, qui s'était tiré une balle de revolver dans la tête n'ayant probablement entraîné qu'une lésion très limitée, ne présentait pour tout symptôme qu'une impossibilité presque absolue de tirer la langue, liée à un faible degré de parésie faciale gauche inférieure. Rosenthal (3) rapporte une observation analogue. Si la lésion est plus étendue, à l'impossibilité de remuer la langue se joint la perte du mouvement de la bouche, « des mouvements volontaires des muscles impliqués dans la déglutition et l'articulation des sons (4). » Les centres corticaux moteurs du facial et de la branche motrice du trijumeau sont intéressés en même temps, car leurs centres se confondent avec celui de l'hypoglosse (5).

L'ensemble symptomatique se complète encore avec l'étendue que prend la lésion. Que l'origine corticale du grand hypoglosse soit intéressée par un vaste porte-foyer hémorrhagique ou pris dans une plaque de ramollissement, la paralysie de la langue fait alors partie des symptômes de l'hémiplégie cérébrale. Elle siège du côté de l'hémiplégie, elle est unilatérale, flasque au début : le malade peut encore tirer la langue, mais elle est déviée du côté des muscles paralysés, il n'y a pas de tremblements, pas de spasmes, il peut y avoir gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition, mais le plus souvent peu marquée, enfin elle peut coïncider avec de l'aphasie. Les troubles de la motilité de la langue restent les mêmes dans le cas d'hémorrhagies, de tumeurs occupant le centre ovale ou la capsule interne; c'est ce qui permettait à Lépine (6) de dire que « dans toute hémiplégie ordinaire il y a toujours, à un degré plus ou moins accusé, une paralysie glosso-labiée au moins unilatérale », car le foyer hémorrhagique entraîne toujours une paralysie de certains muscles du côté de la langue, une paralysie plus ou moins complète de la partie inférieure de la face, et une difficulté plus ou moins marquée de la déglutition et parfois une déviation de la luette.

Les symptômes de paralysie glosso-labiée prennent un caractère d'évidence encore plus net lorsque deux foyers hémorrhagiques siègent en des points symétriques dans les deux hémisphères. C'est cet ensemble symptomatique, rappelant celui de la paralysie bulbaire progressive de Duchenne (moins les accidents laryngés et cardiaques) que l'on a classé et décrit sous le nom de pseudo-paralysie bulbaire, ou de paralysie bulbaire d'origine cérébrale. Dans la plupart des observations rapportées et où l'autopsie a pu être faite, les lésions consistaient en foyers ocreux siégeant dans la queue du noyau extra-ventriculaire des corps striés, ou bien étaient limitées au corps strié et à la capsule externe de chaque côté (7). L'existence des lésions dans les deux hémisphères en intéressant les deux faisceaux intra-cérébraux des deux nerfs hypoglosses produit ainsi le tableau trompeur d'une paralysie glosso-labiée bulbaire. Dans ces cas, la langue ne peut être tirée hors de la bouche, elle est appliquée sur le plancher de la bouche, elle est large, étalée; les mouvements d'élévation et de propulsion sont perdus ; la voix est rayonnée, la parole difficile, mal articulée, la mastication pénible, la déglutition lente. A ces symptômes s'ajoutent l'écartement des lèvres, l'écoulement de la salive, la lenteur des mouvements de la totalité de la mâchoire inférieure (1); mais jamais dans ce cas il n'y a d'atrophie de la langue, ni abolition des réflexes, ni perte de la contractilité électrique, car le bulbe n'est pas atteint. On note également l'absence des symptômes bulbaires, affaiblissement progressif de la voix, accès d'étouffements, accélération des battements du cœur qui se rencontrent toujours dans la paralysie glosso-labiée laryngée dite de Duchenne.

Des lésions protubérantielles diverses (hémorrhagies, ramollissements chroniques, tumeurs) peuvent coïncider avec une parole lente, embarrassée, parfois incompréhensible (2). La langue étalée sur le plancher de la bouche n'est ni déviée, ni atrophiée. Puisque le faisceau du grand hypoglosse ne s'arrête qu'au bulbe, il doit exister des troubles moteurs de la langue, d'origine protubérantielle, semblables à ceux qui résultent d'une lésion de l'écorce, des faisceaux blancs sous-jacents et de la capsule interne. Dans une observation d'Hermann Weber (2) coïncidant avec une lésion hémorrhagique du côté droit de la protubérance existait un certain degré d'aphasie.

Dans la paralysie labio-glosso-laryngée, les troubles paralytiques de la langue sont trop connus pour que nous ayons besoin d'y insister : la langue est ici atteinte la première, ultérieurement apparaissent seulement la paralysie du voile du palais, les troubles laryngés, pulmonaires et cardiaques.

A côté des paralysies linguales qui résultent de l'atrophie primitive des noyaux bulbaires, nous devons placer celles qui reconnaissent pour cause des atrophies secondaires provoquées par la propagation à la substance du bulbe des lésions inflammatoires de la moelle. La constance de phénomènes paralytiques du côté de la langue, dans la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, la paralysie générale spéciale, la pachyméningite cervicale hypertrophique (3) est presque absolue. Leur fréquence est cependant inégale dans ces affections : c'est ainsi que la sclérose latérale amyotrophique aboutit plus communément aux phénomènes bulbaires que la paralysie générale spinale. Dans la sclérose en plaques, le bulbe est certainement une des régions qui sont le plus fréquemment intéressées, on peut même dire que cette localisation est la règle (Hallopeau) ; et parmi les altérations des racines nerveuses, c'est l'hypoglosse qui paraît le plus souvent frappé. Aussi les troubles de la parole sont-ils très marqués : l'embarras de la parole est très manifeste, c'est aussi le plus fréquent et parfois le seul accident de paralysie bulbaire. La parole est lente, traînante, « il semble que la langue soit devenue trop épaisse... les mots sont comme scandés... il y a une pause entre chaque syllabe : certaines consonnes, les b et les p, les g, sont particulièrement mal prononcés (4). »

Comme corollaire de la propagation des lésions sclérotiques de la moelle au bulbe, sans discuter la nature des amyotrophies dans le tabes, mentionnons ici les accidents paralytiques bulbaires qui surviennent soit au début de cette affection, ils surviennent alors brusquement, sont le plus souvent passagers, et paraissent dus à une hyperhémie bulbaire qui se dissipe rapidement (5), soit dans le cours du tabes ; dans ce cas les troubles paralytiques sont la conséquence de l'atrophie, toujours c'est l'atrophie qui

(1) Le trajet intra-cérébral de la 12e paire a été établi par MM. Raymond et Artaud ; in *Arch. de Neurol.*, 1884, p. 145.
(2) Dugout et Bally. — *Gaz. méd.*, 1878, p. 23.
(3) Rosenthal. — Cité par Charcot et Pitres. *Rev. de méd. et de chir.*, nov. 1878.
(4) Barlow. — Rapporté par Ferrier. *Loc. des mal. cér.*, p. 136 et 137.
(5) Ferrier. — Localisations. Trad. Varigny. Paris, 1880, p. 132. Charcot et Pitres. *Rev. de méd.*, 1883, p. 849. — Lépine. *Rev. de méd.*, 1882.
(6) R. Lépine. — *Rev. de méd. et de chir.*, 1877, p. 921.
(7) Oulmont. — *In* travail de Lépine, *loc. cit.* — Travail de Ross, *The Brain*, juillet 1882.

(1) Ch. Féré. — *Rev. de méd.*, 1882, p. 858. — Oulmont, Lépine, Ross, Bernhardt.
(2) H. Weber. — *British med. Journ.*, 6 janvier 1877. *In* Raymond et Artaud, *loc. cit.*
(3) Hallopeau. — *Paralysies bulbaires*. Th. agrég., 1875.
(4) Charcot. — Mal. du syst. nerv., p. 208.
(5) Joffroy et Hanot. — Congrès d'Alger, 1881.

domine, les troubles de la parole sont peu marqués : un malade de M. Ballet, qui présentait une hémiatrophie de la langue très accusée, se faisait parfaitement entendre, et n'avait pas le moindre défaut de prononciation.

Dans la maladie de Friedreich, contrairement, l'embarras de la parole est un symptôme constant et précoce. Cet embarras de la parole débute par une sorte de bégayement qui finit par rendre le parler du malade absolument inintelligible (1). Ce trouble de la coordination a été rattaché par Friedreich à une névrite chronique intéressant la douzième paire.

Les hémorrhagies, quand elles ne tuent pas immédiatement le malade, les ramollissements du bulbe s'accompagnent également de paralysies de la langue, coïncidant parfois avec de véritables hémiplégies ; le début des accidents est brusque, habituellement sans perte de connaissance. La langue est paralysée au point que tout mouvement de latéralité, de projection en avant, d'élévation vers la voûte palatine est rendue impossible (2), ou c'est un embarras subit de la parole. Dans quelques cas semblables où, la mort étant survenue, l'autopsie a pu être faite, on a trouvé soit une oblitération d'une des vertébrales, soit du tronc basilaire.

Les tumeurs de la moelle allongée, avec moins de soudaineté, aboutissent aux mêmes symptômes.

Enfin, que ce soit le tronc lui-même du grand hypoglosse qui soit lésé ou comprimé, la paralysie de la langue sera isolée : seuls existeront la déviation, les troubles de la mastication, de la déglutition et de la parole : il n'y aura pas d'autres troubles paralytiques, soit du côté de la face, du voile du palais ou des membres : l'atrophie est ici un symptôme concomitant ; les observations ayant trait à ces paralysies trouveront leur place dans le paragraphe : atrophie de la langue.

Paralysie faciale. — Dans la paralysie faciale, la paralysie de la langue se traduit habituellement par une déviation plus ou moins accentuée de cet organe. En général, la langue est entraînée dans le même sens que les autres parties molles de la face (un des styloglosses étant paralysé, celui du côté opposé entraîne naturellement la langue de son côté, Bérard). Si la paralysie est de cause pétreuse, à la déviation de la langue se joint une déviation de la luette qui est aussi ici entraînée du côté opposé à la paralysie, grâce à la persistance d'action des muscles homologues (Lonjet. *Traité de physiologie*, p. 576).

Dans quelques observations on trouve notée une déviation de la langue du côté paralysé : la raison physiologique de ce fait est probablement la paralysie d'une génioglosse ; ce ne serait plus dans ce cas le facial qui serait en cause, mais bien le nerf hypoglosse. Cette déviation du côté paralysé attesterait une paralysie faciale de cause centrale. (*Dict. encyclop.* Art. face, p. 79). L'action du muscle styloglosse serait ici annihilée par celle du génioglosse.

Enfin, dans la paralysie dite alterne de Millard et Gubler (1856), la langue, qui est paralysée, est déviée du côté de la paralysie des membres, c'est-à-dire du côté opposé à la paralysie faciale. Ce fait, comme on le sait, est dû à une lésion protubérantielle qui comprime le faisceau inférieur du nerf facial avant l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux.

Habituellement cette paralysie de la langue n'est pas assez prononcée pour entraîner des troubles du langage, de la déglutition et de la mastication ; la salivation résulte ici de l'impotence fonctionnelle des lèvres et des joues : la déviation de la langue est le seul symptôme de la paralysie de cet organe.

Paralysie générale. Névropathies. — C'est à un certain degré de paralysie de la langue qu'il faut en partie, chez le paralytique général, rapporter les troubles du langage, ânonnement, bégayement, bredouillement et tremblement de la parole. M. A. Voisin (1) voit dans ces troubles de la parole « la conséquence d'un défaut d'harmonie dans les actes coordonnés qu'accomplissent les muscles animés par les nerfs bulbaires. » C'est encore à une inhabilité de cet organe que l'on peut attribuer, dans une certaine mesure, les accidents de déglutition qui occasionnent souvent la mort de ces malades par introduction dans les voies aériennes de fragments d'aliments.

Dans l'hystérie, les troubles paralytiques de la langue n'ont pas été signalés : les auteurs sont d'accord généralement pour admettre l'intégrité absolue des mouvements de la face et de la langue dans l'hémiplégie hystérique. Nous verrons à ce sujet les réserves que l'on peut faire.

Très variés et fréquents sont au contraire les troubles de la mobilité de la langue dans l'épilepsie.

Parmi les phénomènes de l'aura existent des troubles du langage souvent variés, bégayement, répétition des mots, paraphrasies, aphonie motrice plus ou moins complète (Féré) (2). Ou bien c'est après le paroxysme qu'ils surviennent comme phénomène d'épuisement : « C'est une certaine lenteur de la parole, une hésitation des mots, due autant à l'amnésie verbale qu'à l'incoordination de la langue. Cette incoordination s'accompagne d'ailleurs d'un tremblement en masse de la langue et d'une trémulation des lèvres. Ce tremblement et cette hésitation de la parole, qui peuvent durer plusieurs heures après l'accès, peuvent rappeler les troubles de la parole des paralytiques généraux qui se distinguent pourtant par leurs contractions fibrillaires. Quelquefois il reste un embarras très prolongé, les phrases sont interrompues par une sorte de hoquet (3). »

Le bégayement est aussi fréquent chez les épileptiques. M. Féré cite un bel exemple d'aphasie motrice : il s'agit d'un malade qui est capable de répéter tous les mots qu'il entend, mais qui arrive difficilement à les trouver seul pour exprimer sa pensée. La paralysie de la langue entraîne chez les épileptiques une gêne parfois très grande de la respiration : la paralysie des muscles de la langue permettant la chute de cet organe vers le pharynx, dans le décubitus dorsal, apporte à cette fonction une gêne mécanique qui peut amener la suffocation (Féré). Il en est de même de la déglutition qui est souvent rendue très difficile par la difficulté qu'a la langue à s'appliquer contre le palais pour chasser le bol alimentaire vers le pharynx.

Pour terminer, voyons les intoxications qui causent des troubles moteurs de la langue. La diphtérie, le plomb, le mercure, ne produisent au même titre que des paralysies du voile du palais, des extenseurs ou d'autres muscles. Cependant il ne paraît pas y avoir de prédilection marquée d'un poison pour la langue. Consécutivement aux maladies aiguës peuvent survenir des troubles analogues. Gubler, Leudet, Bailly (4), en mentionnent dans la convalescence des fièvres typhoïdes graves. (*A suivre*).

(1) Dict. Encycl. Raymond. — Thèse de Rousse, Montpellier, 1882. — Thèse de Cache, Lyon, 1887.

(2) Hérard. — *Soc. méd. des Hôp.*, 1868, p. 13. Les faits suivants sont empruntés à la thèse de Hallopeau.

(1) A. Voisin. — Paralysie générale. Ed. 1879, p. 143.

(2) Ch. Féré. — Les épilepsies et les épileptiques. Paris, 1890, p. 85.

(3) Ch. Féré. — *Loc. cit.* p., 173, 387, 464.

(4) Gubler. — *Arch. de méd*, 1860. T. XXI, p. 718. — Bailly. Thèse, 1872. — Béhier et Liouville. Marrotte et Liouville, *in* Thèse Bailly.

Université de Bruxelles. — Mardi a eu lieu la représentation de la Revue annuelle des étudiants de cette Université. Le sujet était : *La Princesse malsaine*, parodie en trois actes du chef-d'œuvre du Shakspeare belge. Les professeurs ont défilé sur la scène ; tous ont eu un coup de patte, plus ou moins léger, mais toujours frénétiquement applaudi. Le Conseil des hospices n'a pas été épargné et son représentant donnait le signal des applaudissements. Cette excellente pochade a été enlevée avec une gaité endiablée par les acteurs, dont plusieurs ont montré un réel talent ; la partie chorégraphique n'a rien laissé à désirer. Les auteurs ont modestement dérobé leurs noms à la curiosité du public enthousiasmé.

Service de santé militaire. — *Armée territoriale.* — M. Pernod, médecin principal de 2e classe en retraite, est promu médecin principal de 2e classe dans l'armée territoriale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de quelques concours.

Dans les derniers numéros du *Progrès médical* (1890, tome XII, p. 444, etc. ; 1891, n° 5, p. 111) et aujourd'hui encore, nous avons inséré l'annonce de divers concours sur lesquels nous croyons utile de présenter quelques remarques.

Ce n'est pas sans une certaine résistance des bureaux que nous avons fini par voir instituer le concours pour le recrutement des médecins des asiles d'aliénés. Deux séries de concours régionaux, c'est-à-dire par circonscriptions universitaires, ont eu lieu, le dernier au mois de décembre 1890. La région de Paris a été favorisée relativement par le nombre des candidats, et ce nombre ira certainement en augmentant si les jeunes médecins, anciens internes nommés au concours, qui travaillent sérieusement, sont assurés que le concours leur donnera des garanties indiscutables d'avancement et que la faveur ne jouera plus aucun rôle. Or, il paraît que les deux places de médecins adjoints qui ont été créées récemment à l'asile de Villejuif par le Conseil général seraient destinées, non pas aux médecins adjoints nommés au *premier concours*, mais à des médecins adjoints qui n'ont pas jugé à propos de concourir et qui, dit-on, n'appartiendraient même pas à la région. Ces bruits sont peut-être exagérés. En tout cas, il nous a semblé bon d'appeler sur eux l'attention du ministère de l'intérieur et de rappeler que la Commission de surveillance des asiles et le Conseil général de la Seine, en créant les deux places de l'asile de Villejuif, ont expressément déclaré qu'elles devaient revenir à des médecins adjoints nommés au concours.

L'expérience de ce mode de nomination est encore trop récente au ministère de l'intérieur pour que l'on s'y rende, dès maintenant, un compte exact des conditions des concours, des droits qu'ils doivent donner aux vainqueurs. C'est ainsi que dans l'avis relatif au futur concours d'aides de clinique à l'hospice des Quinze-Vingts, il est dit :

Les aides de clinique seront nommés au fur et à mesure des vacances dans l'ordre de leur classement; *mais ils ne recevront leur titre officiel qu'après un an de service effectif à la clinique. Ils devraient* CONCOURIR DE NOUVEAU *s'ils n'avaient pas été pourvus* d'un emploi d'aide de clinique dans le délai de quatre ans, à compter de la date du concours.

Il est de règle que quand on a réussi à un concours pour l'internat, pour le clinicat, etc., on ait aussitôt le droit au titre. Que, à la rigueur, on attende l'entrée en fonctions, cela peut se concevoir. Mais pourquoi seulement au bout d'un an de service effectif ? D'habitude aussi, on ne fait de concours que pour le nombre d'emplois dont on a besoin et l'on n'a pas un *stock* d'internes, de chefs ou d'aides de clinique en réserve. Enfin, il est étrange de voir exiger que, au bout de quatre ans, les aides de clinique expectants, non pourvus, devront, *pour le même titre*, concourir de nouveau. De telles mesures ne peuvent avoir qu'un résultat : écarter les candidats sérieux. Mieux vaut s'en tenir à la nomination directe que d'instituer des concours illusoires. Nous soumettons avec confiance ces réflexions à M. Monod, dont relèvent les médecins des asiles et la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.

Nous reproduisons plus loin (p. 139) les conditions du concours pour l'internat de l'hôpital de Berck, auquel M. Peyron ajoute un nouveau concours pour l'internat de l'hospice de Brévannes. Autrefois, dans ses établissements excentriques, l'Administration nommait directement les *médecins* et les *internes*. A la suite de campagnes réitérées, bien connues de nos lecteurs, l'Administration a institué un concours pour la nomination à la place de médecin de l'hôpital de Forges-les-Bains (1) et un autre pour le recrutement des internes de l'hôpital de Berck. Ces mesures sont incomplètes et insuffisantes. Si, ce qui serait préférable en général, l'Administration ne peut prendre ses chefs de service parmi les médecins ou les chirurgiens du Bureau central et les internes parmi les internes des hôpitaux, pour Berck, Brézin, Brévannes, etc., elle doit étendre le concours au recrutement de *tout le personnel médical* de ces établissements. Nous comptons sur l'esprit libéral et les bonnes dispositions de M. Peyron pour réaliser ces réformes. B.

La Photographie des couleurs.

Une découverte de la plus haute importance dans le domaine des sciences et des arts vient d'être réalisée par un savant physicien de la Faculté des sciences de Paris, M. le Pr Lippmann, membre de l'Institut. Nous faisons allusion à sa remarquable communication à l'*Académie des Sciences* sur la photographie des couleurs.

Nous répétons à dessein qu'il s'agit là d'une magnifique trouvaille dans un champ d'études resté improductif depuis longtemps, malgré des recherches laborieuses et multiples, exécutées dans tous les pays par tous ceux qui s'intéressent au perfectionnement de la photographie.

Les médecins savent quels services cet art rend chaque jour à leur science favorite; mais bientôt la photographie en couleurs va faciliter leur tâche, pour la description des tumeurs, l'étude des maladies de la peau, les recherches histologiques et bactériologiques, dans des proportions faciles à prévoir !

Voici en quelques mots comment M. Lippmann a pu obtenir des épreuves photographiques, en couleurs, du spectre solaire, dont il est inutile de signaler ici tout l'avenir. Disons d'abord qu'il s'agit là de couleurs *entièrement fixées*, et pouvant indéfiniment rester exposées à la lumière : ce qui jusqu'ici n'avait jamais pu être obtenu, malgré les tentatives de Seebeck (1810), d'Herschell (1841), d'Edmond Becquerel (1848), tevin, Niepce de Saint-Victor, Ducos de Hauron, etc. M. Lippmann emploie les matières sensibles, les développateurs, les fixateurs d'usage courant. Il y a seulement deux conditions à remplir : 1° La couche sensible doit être absolument continue, c'est-à-dire que la matière sensible doit être repartie à *un état de division, en quelque sorte infini*, dans un support *transparent* (gélatine, albumine, collodion, etc.) ; 2° la couche sensible doit *être adossée à une surface réfléchissante.*

(1) *Progrès médical*, 1875, p. 58, 60, 136 et 146.

Pour cela elle est fixée, lors de la pose, dans un châssis creux contenant du mercure, lequel forme un miroir plein, en contact avec les couches sensibles. On opère comme d'ordinaire. La plaque, quand elle redevient sèche, laisse apparaître les couleurs du spectre.

Nous ne pouvons, on le comprend, exposer ici la théorie de cette belle découverte, que quelques années suffiront à perfectionner. Qu'il nous suffise de dire que les choses se passent à peu près comme dans un phonographe. C'est la vibration lumineuse qui marque photographiquement sa trace dans la pellicule ; elle s'y trouve inscrite, puis reproduite après coup.

Allons ! Voilà encore un fameux pas de fait dans la voie du progrès. On saura, nous l'espérons, récompenser bientôt M. Lippmann de ses laborieuses recherches et des résultats superbes qu'elles fourniront bientôt (1). Marcel B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 février 1891. — PRÉSIDENCE DE M. Ch. RICHET.

M. GALEZOWSKI. — *Sur les troubles visuels au cours de la maladie de Parkinson.* — Ces troubles seraient incomplètement étudiés, malgré la thèse de St-Léger. L'auteur cite un cas dans lequel la diplopie et une amblyopie transitoire ont précédé le tremblement et les autres signes de la maladie. Un autre malade, présentant l'abaissement des paupières qui est un des signes constants de la maladie, est pris subitement aussi d'amblyopie de l'œil gauche. A l'examen on ne trouve qu'une diminution concentrique très considérable du champ visuel. Ces désordres fonctionnels, sans lésions à l'ophtalmoscope, doivent faire penser à une localisation cérébrale de l'affection.

M. DÉJERINE a observé, avec son interne, M. THUILANT, un certain nombre de cas de maladie de Parkinson à Bicêtre, et n'a jamais observé de modification du champ visuel. Il demande si la pupille réagissait moins vite dans l'œil pris, du côté où le rétrécissement du champ visuel était plus marqué.

M. GALEZOWSKI n'a pas observé ce phénomène; chez ses malades, la dilatation de la pupille était régulière.

M. VIAULT communique les résultats *physiologiques de son voyage sur les hauts plateaux de l'Amérique du Sud.* Les gaz du sang, recherchés à 4.392 m. et à 3.754 mètres sur les animaux, fournissent des résultats importants. P. Bert a montré que l'oxygène diminue d'une façon considérable, près d'un tiers, dans le sang des animaux soumis à la décompression. M. Jordanet a appliqué ces expériences à une théorie générale de l'anoxémie et du mal des montagnes. Mais M. Viault a pu s'assurer que la proportion d'oxygène chez les moutons restait très élevée et qu'il n'y avait pas à proprement parler d'anoxémie. Ce fait est dû à l'augmentation de nombre des globules rouges d'une part, et de la capacité respiratoire de l'hémoglobine d'autre part.

M. Raphaël BLANCHARD rappelle que P. Bert avait constaté sur du sang de lama, envoyé du Pérou, qu'il n'y avait pas de diminution de la capacité respiratoire.

M. LABORDE.— *Sur quelques phénomènes observés chez les décapités.* — Il existe immédiatement après la décapitation des mouvements musculaires de la tête: citons le plissement énorme de la peau du front et du crâne ; des mouvements oculaires associés, des mouvements d'ouverture et de fermeture de la mâchoire et enfin des réflexes. Ce sont d'abord le réflexe palpébral, constaté aussi par Regnard et Loye; ensuite le réflexe irien: la pupille en mydriase réagit encore à la lumière. Du côté du corps on observe aussi des mouvements spontanés et des réflexes. Les bras, quoique liés, se retirent et exécutent un certain nombre de mouvements que les aides ont baptisé le coup d'aile. Les genoux se fléchissent aussi. Si l'on presse le bras un peu vivement, il se raidit aussitôt. Ces phénomènes étaient particulièrement nets sur le dernier supplicié, qui est arrivé à la guillotine dans un état d'excitation considérable.

M. D'ARSONVAL montre un procédé de laboratoire qui permet de *souder le verre* à n'importe quel métal, ce qui permet de construire des seringues uniquement en verre et métal, de toutes dimensions. Il suffit d'interposer une lame de platine entre le verre et le métal à souder. La soudure est d'une résistance considérable et d'une exécution pratique. Pour platiner le verre on l'enduit de chlorure de platine sec, broyé avec de l'huile de camomille, et on chauffe doucement. Il reste une couche mince et adhérente de platine. C'est l'application d'un procédé général indiqué par M. Cailletet.

M. Ch. RICHET donne les titres de deux communications envoyées, l'une par M. POYET, sur les *acides et la digestion stomacale*, l'autre par MM. MAIRET et BOSC, sur la *matière colorante de l'urine et son pouvoir toxique.*

Alex. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 février 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

La Correspondance comprend: 1° une lettre du ministre de l'instruction publique approuvant la nomination de M. Weber, nommé membre de la section de médecine vétérinaire, en remplacement de M. Goubaux, decédé ; 2° une communication relative à un legs de Mme Boulard d'une somme destinée à fonder un prix appelé à récompenser des travaux traitant des maladies mentales ; 3° un extrait du testament de Mme veuve Hédouin, qui lègue à l'Académie une somme de 20.000 fr., dont les intérêts serviront à la fondation d'un prix biennal.

M. VALUDE. — *Traitement des ulcères de la cornée.* — Le traitement actuel des ulcères graves de la cornée, compliqués d'un épanchement de pus dans la chambre antérieure, consiste dans l'évacuation du foyer purulent, soit avec le bistouri, soit avec la pointe du galvano-cautère. Ces modes de traitement donnent d'assez bons résultats ; mais, outre qu'ils laissent souvent après eux des taies épaisses de la cornée et même des staphylômes, ils nécessitent fréquemment l'intervention répétée de l'action chirurgicale. Aussi M. Valude a-t-il songé à appliquer aux ulcères cornéens graves la méthode des pansements occlusifs et rares, qui réussit si bien en chirurgie générale et qui est actuellement presque universellement adoptée. Après une désinfection soigneuse de la cavité oculaire, il applique sur l'œil malade un pansement sec, compressif et occlusif, à la gaze au salol ; le pansement est maintenu au moyen d'une bande de tarlatane mouillée qui, en se desséchant, assure l'occlusion. Ce pansement est maintenu en place trois ou quatre jours. Lorsque le pansement est levé, l'ulcère est ordinairement en voie de guérison et l'épanchement très diminué ; ce qui est le plus remarquable, c'est que l'ulcération cornéenne se déterge et tend à devenir transparente sans formation des taches cicatricielles, qui subsistent à la suite des opérations. Dans les cas d'ulcère simple sans hypopyon, c'est le traitement de choix. M. Valude a cité à l'appui une quinzaine d'observations.

M. CRÉQUY. — *De la revaccination.* — M. Créquy a apporté un document intéressant relatif à la discussion en cours sur cette question, à savoir les résultats très bons des revaccinations pratiquées obligatoirement sur les 8.000 employés de la Compagnie des chemins de fer de l'Est. Les

(1) La *Nature* de cette semaine (14 février 1891) publie le dessin de l'appareil de M. Lippmann. M. Tissandier fait remarquer que l'on n'en est encore qu'au spectre solaire et non aux portraits; mais, comme lui, nous pensons que la voie, si brillamment ouverte par la découverte *si simple* de M. Lippmann, ne restera pas inféconde.

médecins de cette compagnie n'ont jamais éprouvé la moindre résistance de la part des employés. Un service semblable à celui de cette compagnie pourrait être établi dans toute la France, sans qu'il en coûtât rien aux contribuables.

M. Jaccoud.— *Action de la lymphe de Koch sur le cobaye sain.* — La question de la lymphe de Koch et de son action physiologique vient pour la première fois à l'ordre du jour de l'Académie de médecine. C'est M. Jaccoud qui ouvre le feu en venant conter l'histoire d'un cobaye : histoire simple, touchante, pleine d'intérêt. M. Jaccoud s'est appliqué à rechercher si la lymphe de Koch jouissait réellement des propriétés que le savant allemand lui a prêtées. Il expose à l'Académie que, reprenant la question à son origine, c'est-à-dire à l'expérimentation de laboratoire, il a essayé de rendre les cobayes réfractaires à la tuberculose. Il a donc pris un cobaye sain, vigoureux et bien portant, lui a injecté successivement une proportion de lymphe, qui a atteint bientôt cinquante centigrammes. Quelques jours après, il inocula à cet animal la tuberculose par les procédés ordinaires. Le cobaye succomba dans un bref délai et on trouva à l'autopsie le maximum de lésions produites par la tuberculose dans le plus court espace de temps. Un autre cobaye, rendu tuberculeux en même temps que le premier, vit encore avec une survie de six jours. Cet animal, bien entendu, est tuberculeux, mais il est loin de présenter les lésions du premier. Il a donc, en résumé, survécu déjà six jours au cobaye, qui a suivi le traitement préventif par les injections.

M. Dujardin-Beaumetz annonce à l'Académie qu'il a fait à l'hôpital Cochin une série d'expériences sur les cobayes qui lui ont donné des résultats semblables à ceux obtenus par M. Jaccoud. Il a d'abord traité des cobayes à tuberculose expérimentale très avancée. La mort n'a pu être évitée chez ces animaux ; chez d'autres, il a opéré d'une façon différente. Chez les uns, il a d'abord inoculé la lymphe de Koch, puis il a introduit chez eux la tuberculose. Chez les autres, il a procédé d'une façon inverse et a d'abord inoculé la tuberculose et ensuite la lymphe de Koch. Quel que soit le procédé opératoire, ces animaux ont succombé, ainsi que les cobayes témoins, et cela avec un abaissement progressif du poids. On sait, en effet, que l'examen du poids du cobaye permet d'apprécier d'une façon très précise les progrès de la tuberculose chez l'animal, et que, lorsque le cobaye a perdu le tiers de son poids, il succombe. Il ajoute encore que chez un de ces cobayes il a observé une hémorrhagie parenchymateuse du rein, lésion qui a été signalée à diverses reprises chez l'homme soumis à l'inoculation de la lymphe de Koch.

Suite de la discussion sur la dépopulation.

M. Lagneau est un partisan convaincu de toutes les mesures prophylactiques propres à restreindre les maladies transmissibles et de la gratuité de ces mesures; mais il montre quelques hésitations à en accepter l'obligation et en particulier pour la vaccine et la déclaration de maladie contagieuse. Il ne s'y oppose pas formellement comme M. Lefort. Il craint seulement que cette obligation ne soit pas acceptée en France aussi facilement qu'elle l'a été à l'étranger. Ce qui se passe dans l'armée, dans les grandes compagnies montrent pourtant qu'il ne faut rien exagérer. M. Lagneau estime que pour restreindre les maladies transmissibles, il importe surtout d'instruire dans les écoles sur l'étiologie de ces maladies, de généraliser l'application des mesures d'isolement et de désinfection, de réunir les services d'hygiène sous une direction unique, etc.

Après la lecture faite par M. Bouchardat, d'un rapport sur les demandes en exploitation de sources d'eaux minérales, dont les conclusions sont adoptées, l'Académie a procédé à l'élection d'un titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Élection.

La liste était donnée ainsi : première ligne, M. Riban ; deuxième ligne, M. Quinquaud; troisième ligne, *ex æquo*, MM. André et Hanriot. — Au premier tour de scrutin, M. Quinquaud, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, a été nommé, sur 73 votants, par 41 voix contre 32 suffrages accordés à M. Riban. Marc. B.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 6 février 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Chantemesse présente un *graphique* où sont inscrits mensuellement pendant 22 années consécutives les oscillations de la nappe souterraine, la chute des pluies et le nombre des cas de fièvre typhoïde observés à la caserne d'artillerie de Lorient. La lecture de ce graphique peut se traduire ainsi : le sol est le récepteur du germe, l'eau son véhicule, la pluie relie le sol à la nappe souterraine et lui transmet le virus.

M. Comby communique l'observation d'une malade atteinte de *pouls lent permanent, d'albuminurie et de crises dyspnéiques.* Chez cette malade, ainsi que dans d'autres cas signalés par M. Debove et par M. Gingeot, le régime lacté dissipa tous les accidents. Le pouls reste lent, mais le régime lacté combat tous les accidents urémiques latents ou manifestes. Le bromure de potassium et la caféine étaient restés sans effet sur cette malade. On doit conclure de cette observation qu'il faut traiter par le régime lacté les crises dyspnéiques, syncopales ou épileptiformes qui accompagnent le pouls lent, parce que ces crises sont très probablement d'origine urémique.

M. Laveran a observé chez un officier retraité le pouls lent par moment, avec vertiges, hypothermie et syncopes graves. Pas d'albumine, mais hypertrophie du cœur et lésions aortiques très nettes. Amélioration qui persistait encore au bout d'un an par la noix vomique.

M. Huchard a observé 6 cas de cette maladie relativement rare, mais n'a pas fait d'autopsie. D'une façon générale, la mort survient par syncope, par asystolie ou par urémie. Le pouls lent permanent paraît un symptôme d'origine bulbaire; la dyspnée, l'albuminurie, les accidents d'insuffisance myocardiaque et d'imperméabilité rénale tiennent à l'athérome artériel. Les indications thérapeutiques sont triples : 1° Il faut combattre l'ischémie cérébro-bulbaire par la trinitrine et le nitrite d'amyle. 2° Relever la puissance contractile du cœur par le thé, la café, la caféine, le vin, l'alcool. 3° Il faut de bonne heure prescrire le régime lacté.

M. Chantemesse a eu l'occasion d'observer un malade atteint de pouls lent permanent et d'en faire l'autopsie. Les vaisseaux bulbaires ne présentaient pas de lésions athéromateuses, ce qui ne justifie pas la théorie de M. Huchard, à moins qu'il ne s'agisse d'ischémie spasmodique.

M. Rendu. — Parmi les individus atteints de pouls lent permanent, il est des rénaux, des cardiaques, des arthéromateux. Mais il y en a aussi une classe de bien portants. J'en ai observé un de cette sorte dont le pouls battait 16 fois par minute, et qui n'a jamais éprouvé le moindre malaise.

M. Comby n'a pas soutenu que le pouls lent permanent fût fonction de l'urémie. Mais l'urémie est souvent coïncidente, et, dans ces cas, le régime lacté modifie non pas le pouls lent, mais les phénomènes urémiques.

M. Gilbert lit, en son nom et en celui de M. Girode, une *contribution à l'étude chimique et bactériologique du choléra nostras.* Cette étude repose sur 4 cas observés à l'hôpital Beaujon : l'un bénin, l'autre grave, mais qui guérit cependant, le 3e mortel en 3 jours, le 4e en 25 jours. Trois de ces cas ont été le point de départ de recherches bactériologiques. Les ensemencements ont donné des cultures pures du bacille d'Escherich. Cela ne veut pas dire que ce bacille soit le seul microbe cholérigène dans nos climats. Prior, Winkler, Hueppe en ont cité d'autres (subtilis, b. courbe analogue au bacille-virgule).

On peut admettre pour l'action de bacille d'Escherich 2 hypothèses : 1° que le microbe, indifférent d'habitude, peut acquérir dans l'organisme des propriétés virulentes ; 2° ou, qu'il acquiert ces propriétés dans l'eau ou les divers milieux naturels dans lesquels on le rencontre en abondance. Le pouvoir de transmettre le choléra semble d'après les faits appartenir aux selles cholériques.

M. Hayem fait remarquer qu'il serait important que nous fussions mieux renseignés sur les intoxications microbiennes qui se produisent dans le tube digestif. Dans le choléra asiatique, l'algidité est peut-être due, dans certains cas au moins, à l'action particulière de microbes capables d'abaisser la température centrale. On a, en effet, dans cette affection, pu isoler des substances toxiques déterminant l'algidité ; dans le choléra nostras, il existe aussi de ces substances. Chez un malade dont j'ai pu faire l'autopsie, et qui ne présentait pas autre chose que des symptômes d'embarras gastrique auquel avait succédé un collapsus progressif et mortel, on trouva dans la capsule surrénale une masse caséeuse constituée par des microbes gros et courts qui, chez les animaux, ont déterminé la mort avec des phénomènes de collapsus et d'algidité.

M. Chantemesse fait remarquer qu'il résulte du travail de MM. Gilbert et Girode que le Bacterium coli commune produit, quand il pénètre dans l'organisme, des lésions et des symptômes différents de ceux de la fièvre typhoïde, ce qui infirme la théorie de MM. Rodet et G. Roux sur l'identité de ce bacille avec le microbe d'Eberth.

M. Gilbert. — Ces deux microbes doivent, en effet, être distingués, mais il faut tenir compte aussi de ce fait que le B. coli commune amène souvent des symptômes typhoïdes.

M. Chantemesse. — Mais il ne produit pas de lésions des plaques de Peyer.

M. Hayem. — Il serait intéressant de savoir, au point de vue thérapeutique, si l'acide lactique qui réussit très bien dans le choléra nostras peut arrêter le développement des cultures de laboratoire.

M. Gilbert a obtenu de bons effets dans un de ses cas graves qui a cependant guéri.

M. Vaillard a retrouvé le B. coli commune dans certains cas de volvulus et d'étranglement herniaire. Ce bacille peut donc être pyogène.

M. Netter pense que plusieurs espèces bactériennes peuvent donner naissance au choléra nostras. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

Prix pour 1891. — Le *prix Laborie* pour 1891 sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Des opérations pratiquées sur le squelette du pied dans les pieds bots.*

Election. — Une place de membre titulaire de la Société de chirurgie est déclarée vacante.

M. Terrier dépose, sur le bureau de la Société, un travail de M. Henri Delagénière (du Mans) : *Statistique des opérations pratiquées au Mans de Juin 1890 à Janvier 1891* exclusivement.

M. Schwartz fait une communication sur l'*arrachement sous-cutané du tendon du long extenseur des doigts à son insertion sur la phalangette.* Cette petite lésion, bien étudiée par Segond (*Soc. An.*, 1879), puis par Polaillon (*Dre Enc.*), W. Busch (*C. f. Chir.*, 1881), enfin Delbet (*Soc. An.*, 1890), présente un réel intérêt. Signalé par Segond, qui le premier en a tracé un fidèle tableau clinique, quoique Busch semble l'avoir observé le premier, cet arrachement tendineux est connu aujourd'hui, grâce aux deux cas de Segond et aux cinq observations de Busch, aux quatre de Polaillon, à celui de Schœnig (*Arch. f. Kl. Chir.*) et aux recherches de Delbet (1). Pourtant, les lésions expérimentales obtenues par Delbet, au dire de M. Schwartz, ne semblent pas correspondre exactement aux lésions observées en clinique (2). M. Schwartz a eu, en effet, l'occasion d'observer trois fois cet accident, et, dans un de ces cas, où il pratiqua la ténorrhaphie, il a pu étudier sur le vivant les lésions tendineuses. Ce fait, en particulier, a donc un grand intérêt.

Obs. — 1er cas : Doigt pris dans des rênes en conduisant un cheval. L'auriculaire, atteint, a sa troisième phalange fléchie, mais l'articulation correspondante n'est pas douloureuse. M. Schwartz crut que dans ce cas il s'agissait simplement d'une simple élongation des tendons. Il ordonna le port d'un dé en métal, sur lequel était fixé un tube élastique attaché à un bracelet entourant le poignet. Au bout de quatre semaines, guérison complète. Le malade pouvait faire tous les mouvements normaux.

2e cas : Homme de 40 ans, dont le petit doigt fut atteint. Rupture du tendon. Petit appareil immobilisateur en carton gardé 10 jours seulement. Deux ans après, malgré du massage, le doigt est encore courbé ; la flexion complète est impossible ; le doigt peut être redressé, mais retombe de lui-même.

3e cas. — Médius droit atteint. Douleur lors de l'extension ; petite ecchymose sur la face dorsale. Suture tendineuse acceptée. Injection de 0,03 cg. de chlorhydrate de cocaïne dans la phalangette anémiée à l'aide d'un petit tube d'Esmarch placé à la racine du doigt ; on trouve le bout périphérique du tendon à 6 millimètres de son insertion. Suture au catgut. Immobilisation par une bandelette. Guérison. Aucune tendance à la flexion. Le malade se sert très bien de son doigt.

M. Delbet, dans ses recherches, a constaté que la flexion forcée pouvait produire 3 sortes de lésions : 1° L'arrachement du tendon près de son insertion, avec ouverture de l'articulation ; 2° La fracture de la phalange sans ouverture articulaire ; 3° La déchirure du tendon avec ouverture de l'articulation, qui s'observe très rarement sur le cadavre. — La clinique montre, au contraire, que la lésion qui s'observe le plus souvent est la déchirure tendineuse. Le diagnostic semble d'ailleurs impossible à faire, sans examen direct, entre la déchirure du tendon et son arrachement. — Quand on a affaire à une simple élongation ou à une rupture incomplète, l'immobilisation est inutile ; un simple appareil à traction élastique est suffisant. A la rigueur, on peut se contenter d'une simple gouttière en gutta-percha. S'il y a rupture du tendon, le plus simple est d'en faire la suture, en recourant à l'anesthésie locale.

M. Routier a observé un cas semblable chez une femme de 60 ans ; pas de traitement. Au bout de 4 à 5 mois, le tendon n'avait pas repris et la malade éprouvait une certaine gêne à mettre ses gants. M. Routier insiste sur la difficulté du diagnostic entre l'arrachement et la déchirure du tendon.

M. Terrillon fait une communication sur la *néphrectomie transpéritonéale.* — On sait qu'on peut enlever le rein par cette voie ; M. Terrillon a fait 6 fois cette opération pour de gros reins et a eu 6 succès très nets. C'est la voie la meilleure, dès que la tumeur rénale a atteint un certain volume. Le pédicule, dans cette opération, peut être traité parfois comme dans une ovariotomie, c'est-à-dire abandonné dans le ventre après ligature en chaîne à la soie et cautérisation suffisante ; c'est ce qu'a fait 4 fois M. Terrillon, avec 4 succès d'ailleurs ; mais, dans un cas, il s'est développé un phlegmon profond qu'on a été obligé d'ouvrir ultérieurement. Dans deux autres cas, il n'a pas abandonné dans l'abdomen le pédicule ; il a réuni la coque fibreuse qui enveloppait la tumeur aux bords de la plaie de la paroi abdominale, comme l'a fait, il y a plusieurs années déjà, M. Terrier. Il a obtenu aussi 2 guérisons ; mais, avec cette manière de faire, la guérison est plus lente et il persiste une fistule pendant un certain temps.

Obs. — 1er *cas* : Hydronéphose volumineuse à gauche. Calcul à l'orifice de l'uretère. Tumeur pesant 520 gr. Extirpation. Malade revue en 1891, bien portante.

2e cas : Epithélioma du rein gauche. Tumeur dure et bombée. Opération n'ayant duré qu'une demi-heure. Rein ayant 19 cm. sur 10 cm. Opérée en 1890. Revue en 1891, santé excellente, ce qui prouve la bénignité relative des tumeurs malignes du rein.

3e cas : Rein polykystique. Tumeur fluctuante très tendue. Plusieurs poches. Pédicule laissé dans l'abdomen après cautérisation de l'uretère ; urine légèrement purulente. Quelques jours après, empâtement profond ; t. 38°5. Foyer purulent ouvert au bistouri ; fistule ayant duré trois semaines ; guérison.

4e cas : Rein polykystique. Poches très nombreuses.

5e cas : Rein épithéliomateux.

6e cas : Rein tuberculeux, très gros à droite, avec cystite

(1) M. Schwartz n'a pas mentionné dans sa communication les 2 cas de Nélaton et celui de Picqué (Voir *Traité de Chirurgie*, 1890, p. 65, t. III). Signalons à ce propos la nécessité de rectifier, à l'aide de cette communication, l'article : *Entorse des articulations des phalangettes*, dans le Traité de Chirurgie (t. III), et l'article : *Arrachement sous-cutané des tendons*, même ouvrage (t. II, p. 824).

(2) Il y a longtemps que nous avons été frappés de la confusion qui règne, dans les ouvrages classiques, au sujet de l'entorse, entre les lésions constatées sur le malade et celles qu'on réalise par l'expérimentation. Encore une fois, il faut distinguer : il y a souvent analogie, mais assez rarement similitude complète. On devrait le faire remarquer davantage.

purulente. Extirpation difficile et mouvementée. Irruption de pus dans l'abdomen. Soudure des morceaux de la poche à la paroi. Cavité bourrée de gaze iodoformée. Guérison.

M. Terrillon, en terminant, recommande de ne laisser le pédicule dans l'abdomen que dans les cas où la lésion ne suppure pas. Dans ces cas, il faut recourir au procédé de Terrier.

M. Quénu présente un *appareil*, construit sur les indications de M. Sorel, destiné à produire dans les hôpitaux de l'*eau stérilisée*. Cet appareil, très bien compris, peut être utilisé aussi bien dans les services de médecine que dans ceux de chirurgie. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 février 1891. — Présidence de M. Vigier.

M. Bardet présente un morceau de minerai d'*ichthyol*. Cette substance se présente sous forme d'un schiste qui, distillé, donne un goudron, qui est mélangé avec de l'acide sulfurique et de la soude. Ce dernier produit est l'ichthyol employé en thérapeutique. Ce produit doit être moins actif que les goudrons de houille. Il renferme des substances ammoniacales ; quand on le fait ingérer au malade, il produit des éructations nauséabondes, très désagréables pour le malade.

M. F. Vigier. — On emploie en France de préférence l'ichthyolate d'ammoniaque. L'ichthyol contient jusqu'à 15 0/0 de soufre ; c'est à ce dernier qu'on attribue son action. On l'emploie surtout à l'extérieur contre le rhumatisme. A l'intérieur, l'estomac s'y habitue facilement ; au bout de 2 à 3 jours, il n'y a plus d'éructations.

M. Bardet. — Nous avons d'autres médicaments propres, qui agissent aussi bien que l'ichthyol. On peut donner du soufre d'une autre façon.

M. F. Vigier. — M. Besnier a eu de très bons résultats dans l'acné avec l'ichthyol. On ne distille pas la roche ; on la brûle et il reste une huile goudronneuse.

M. Bardet. — C'est un produit mal défini.

M. F. Vigier présente un *savon au sulfate de cuivre* pour désinfecter les mains. Il contient 10 0/0 de sulfate de cuivre desséché.

M. Dujardin-Beaumetz lit une communication sur le *Jambul*. C'est une Myrtacée, dont on utilise les graines en thérapeutique et qui a été vantée contre le diabète. M. Scott a mis en contact du malt, de l'amidon et de la poudre de jambul, et il aurait trouvé que ce dernier empêche la formation du sucre. M. Villie a repris ces expériences et a démontré que ces résultats étaient faux. Il a obtenu beaucoup plus de sucre avec le jambul qu'en son absence. En thérapeutique, nous avons donné le jambul à l'état de poudre. Chez les diabétiques pancréatiques, le jambul n'a fait qu'augmenter la quantité de sucre rendu. Chez les diabétiques de moyenne intensité, le jambul a donné des résultats favorables ; c'est un adjuvant du régime. Si le malade ne suit pas son régime, le jambul produit des résultats défavorables. — En somme, le jambul n'est qu'une médication adjuvante du régime dans les cas de diabète moyen. J'ignore absolument comment il agit, quel est le produit actif, quelle est la meilleure manière de le prescrire.

M. Dubousquet-Laborderie confirme les remarques thérapeutiques de MM. Dujardin-Beaumetz et Villie. Chez les malades prenant du jambul, et avec bons résultats, le moindre écart de régime faisait augmenter le sucre. Dans un cas de diarrhée des pays chauds, le jambul a fait cesser rapidement les accidents.

M. Bardet lit une communication sur l'action comparative des *Chloralides*. Il existe actuellement un grand nombre de médicaments hypnotiques. Le chloral a une saveur caustique, est irritant et provoque chez certains sujets des inconvénients. Dans l'économie, en présence des alcalis, il se transforme en formiate de soude et met du chloroforme en liberté. Il est intéressant de rechercher de plus l'action des chlorals sur le cœur. Je vais rechercher la manière dont se comporte l'économie en présence du chloral transformé dans les tissus, car tous les chlorals présentent la même décomposition. Le chloralamide n'a pas d'action caustique sur l'estomac. L'association du chloral et de l'antipyrine a une action spéciale, car, outre le chloroforme mis en liberté, il reste l'antipyrine qui reprend son action. Néanmoins, il y a un changement dans cette action ; un gramme d'hypnol produit une action hypnotique et analgésique plus considérable que 1 gramme de chloral ou 1 gramme d'antipyrine. La transformation in vitro de l'hypnol en présence des alcalins se fait lentement. Je pense qu'il est difficile d'obtenir des effets différents de ceux du chloral ordinaire en employant les autres composés. Ceux-ci sont peut-être plus faciles à absorber.

M. Dujardin-Beaumetz. — M. Bardet croit que le chloral n'agit que par le chloroforme mis en liberté dans l'économie. Je pense qu'il agit en tant que chloral sur le système nerveux. Lorsqu'on fait à un lapin une injection sous-cutanée d'une solution de chloral, en 10 minutes l'animal est endormi. On ne peut admettre que le chloral s'est transformé si rapidement en chloroforme. Si par contre on injecte du chloroforme à un lapin, on ne peut y arriver. Je crois qu'il agit sur le cœur, mais à très haute dose seulement, tandis que je pense que c'est en nature et sur le système nerveux qu'il est actif.

M. Bardet. — Je crois toujours qu'un médicament n'agit que sur la cellule d'une façon chimique. Pourquoi n'est-ce pas en dégageant du chloroforme que le chloral agit sur la cellule nerveuse ? Introduit sous la peau, le chloroforme n'a pas le temps d'agir sur la cellule, il est éliminé de suite. Dans le cas d'injection de chloral, je crois que le chloroforme mis en liberté lentement imbibe la cellule à mesure de sa production.

M. Dujardin-Beaumetz. — Dans les expériences de Doré, le chloral injecté dans les veines agissait de suite : pourquoi et comment se transformait-il si vite ? Je crois que le chloral-antipyrine agit de même.

M. F. Vigier. — M. Porak a montré que l'association de l'alcool et de l'acide phénique, 2 antiseptiques, est moins antiseptique que les autres solutions d'acide phénique.

M. Dujardin-Beaumetz. — Le chloral est toujours caustique. Quand on ajoute l'un à l'autre certains antiseptiques, on double leur action. Nous avons donné ici le meilleur des antiseptiques pour la bouche :

Eau.	1 litre.
Acide borique	25 grammes.
Acide phénique	1 gramme.
Thymol.	25 centigr.

M. C. Paul. — Dans les expériences sur les animaux, il n'y a pas d'anesthésique agissant aussi bien que le chloral.

A. Raoult.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 2 février 1891. — Présidence de M. Abadie.

M. Kalt lit un rapport sur une note de M. Poncet sur un cas de *conjonctivite purulente* provenant de l'*échenillage des arbres*. Les classifications pathologiques sont peu en rapport avec les notions modernes de bactériologie. Le terme *granulation* s'applique à plusieurs formes de conjonctivite. La même confusion existe pour la *conjonctivite* dont la dénomination *purulente* contient tant de variétés. A propos d'un cas de conjonctivite purulente provenant d'une irritation par la poussière de l'échenillage des arbres, M. Poncet fait entrevoir la nécessité d'une *nouvelle classification des conjonctivites*. Cette conjonctivite provient d'un *bacille* d'une forme spéciale qui envahit le protoplasma des cellules. Ce microbe intraplasmatique mesure $0\mu,85$ et forme des colonies analogues à celles des coccus de Neisse. Dans la bibliographie des conjonctivites le nombre des affections parasitaires décrites est assez minime. Wecker a rencontré un bacille conjonctival joint à un micrococque. Fick décrit à l'état sain dans la sécrétion conjonctivale des micrococques et des bacilles. M. Poncet pense qu'il y aurait lieu d'examiner les sécrétions purulentes de la muqueuse oculaire et d'arriver à une classification basée sur l'étiologie première de la maladie. La thérapeutique aurait à bénéficier de ces divisions plus rationnelles et plus scientifiques. Le rapporteur fait observer que les microbes des sécrétions normales ne donnent pas de pus et qu'ils n'ont rien de commun avec le bacille trouvé par M. Poncet.

M. Darier lit un rapport sur un travail de M. d'Oger de Spéville sur la *pathogénie et le traitement des lésions*

traumatiques de l'œil pouvant aboutir à l'atrophie. L'ophtalmie sympathique est souvent la conséquence des traumatismes de la région ciliaire. Les accidents fréquemment observés sont le phlegmon, l'irido-choroïdite aiguë, qui amènent l'atrophie de l'œil. Autrefois, on ne manquait pas de faire l'énucléation dans ces cas. Les précédents travaux de M. Abadie, les trois observations ici rapportées, prouvent qu'on peut éviter l'énucléation et conserver une vision satisfaisante. Dans la première observation citée par l'auteur, il s'était déclaré une irido-cyclite qui fut guérie par des injections intra-oculaires de sublimé et des cautérisations ignées. Il n'y eut pas d'ophtalmie sympathique et il ne s'en présentera pas. Dans deux autres cas où les accidents infectieux étaient plus récents, la restitution *ad integrum* de la vision fut amenée par deux cautérisations au galvanocautère et une iridectomie chez l'un des malades. Ces succès permettent de déduire les remarques suivantes: 1° En présence d'une plaie de l'œil, il faut faire des efforts pour le rendre antiseptique et enrayer les progrès que fait l'infection et sa propagation à l'œil sain; 2° Si l'œil est infecté, il faut pratiquer des cautérisations au galvanocautère et des injections de 1/20 de centimètre cube de sublimé à 1/500 ou à 1/1000.

M. JOCQS. — Rapport sur un mémoire de M. KOENIG sur l'*Hémianopsie temporale*. Le rapporteur en examine successivement les divers points basés sur l'observation suivante. Il s'agit d'une jeune fille de 22 ans qui s'est présentée à la consultation de M. Parinaud, à la Salpêtrière. Après plusieurs attaques épileptiformes, l'acuité visuelle diminua graduellement, et il s'établit une perte des *deux moitiés externes* du champ visuel, avec une ligne de démarcation passant exactement par le point de fixation. Atrophie des nerfs optiques, plus marquée à droite; anosmie et diplopie ayant les caractères de la paralysie de la convergence. L'hémianopsie hétéronyme est presque toujours due à une lésion de la base intéressant plus ou moins directement les tractus optiques. L'hémianopsie homonyme, au contraire, est due le plus souvent à une lésion corticale, tandis que les lésions de la capsule interne donnent lieu à l'*amblyopie croisée* décrite par M. Charcot. Les causes de l'hémianopsie temporale sont presque toujours des tumeurs de la base; quelquefois des collections purulentes, comme M. Kœnig en cite quelques cas intéressants. La symptomatologie repose presque tout entière dans la perte du champ visuel temporal. Les cas d'H.-T., où la limite est bien nette entre les deux moitiés du champ visuel, sont très rares. Le cas de notre confrère est au contraire un cas typique, en ce sens que la ligne de démarcation très nette, un peu inclinée en bas et en haut, passe exactement par le point de fixation. L'atrophie optique est une complication ordinaire de l'hémianopsie temporale. Le pronostic tire sa gravité de cette atrophie menaçante, si la cause persiste. Cependant la guérison peut s'observer, soit quand la syphilis est en jeu, soit quand ce sont des collections liquides de la base. Pour le diagnostic, le rapporteur accepte les conclusions de l'auteur du travail. Bien que le sujet de l'observation ait présenté des attaques d'hystéro-épilepsie, les autres signes concomitants doivent faire admettre que l'hémianopsie et les attaques reconnaissent la même cause: une tumeur de la base d'origine probablement tuberculeuse.

Cependant, le rapporteur fait observer que M. Kœnig aurait dû discuter l'hypothèse de l'origine hystérique de l'hémianopsie temporale, à cause des faits de ce genre publiés par quelques auteurs, ou du moins ne pas la rejeter systématiquement, bien qu'elle soit, il est vrai, accréditée en dehors de l'Ecole de la Salpêtrière. M. Jocqs termine son rapport en remerciant au nom de la Société M. Kœnig de son intéressant travail et de sa précieuse observation qui constituera un document de plus à ajouter au dossier encore si incomplet de la pathologie cérébrale oculaire.

M. PARINAUD. — J'ai eu l'occasion d'observer récemment trois cas d'hémianopsie temporale, et j'ai pu constater qu'ils se ressemblaient tous. Cette affection est assez souvent méconnue, et prête à des erreurs de diagnostic, parce que l'altération de l'acuité visuelle et l'atrophie du nerf optique arrêtent tout d'abord l'attention. C'est ainsi que j'ai porté le diagnostic d'hémianopsie temporale chez un jeune malade de Chicago qui avait été vu par plusieurs oculistes étrangers. Le champ visuel peut rester longtemps stationnaire; mais quelquefois la ligne de démarcation peut empiéter sur l'autre partie du champ visuel. Chez la malade de M. Kœnig le point de fixation semble s'altérer; j'ai moi-même observé un cas où il y avait un scotome central. Il s'agit presque toujours de tumeurs de la base du crâne; mais la guérison est possible. Deux des malades, que je n'ai pas perdu de vue, sont assez bien portants. Ces tumeurs sont très souvent des tubercules et ceux-ci peuvent guérir.

M. DEBIERRE a observé un cas d'hémianopsie temporale chez un homme syphilitique et tabétique. L'ophtalmoscope révélait des plaques de choroïdite. Il cite encore une observation d'*Hémianopsie bitemporale* dans un cas d'*acromégalie*, affection décrite pour la première fois par M. Marie. Il s'agit d'une femme de 32 ans qui présentait, en outre, une paralysie de la 3e paire du côté droit. L'exagération de volume des extrémités est très apparente, et on retrouve chez cette malade la plupart des signes que l'on voit dans les observations publiées dans la thèse de M. Souza-Leite. L'hémianopsie temporale dans l'acromégalie a été signalée une fois par Schultz.

M. PARINAUD. — J'ai signalé une névrite optique chez un malade atteint de cette singulière affection. On trouva le corps pituitaire du volume d'une noix. J'ai en observation une malade qui a de l'acromégalie. Son œil droit est atrophié avec cécité complète et l'œil gauche présente une hémianopsie temporale typique. Il faut enregistrer ces faits, dont la pathogénie ne nous est pas encore bien connue; mais si divers que soient les accidents qui se montrent sous forme de névrite optique ou d'hémianopsie temporale, ils dépendent sans doute du même processus.

KOENIG.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 12 février 1891. — PRÉSIDENCE DE MM. E. BESNIER et FOURNIER.

M. FEULARD présente un malade atteint de *syphilis ignorée et méconnue*. Cet homme présentait une tumeur de la cuisse, qui fut diagnostiquée tumeur maligne et pour laquelle, de différents côtés, on proposa au malade l'amputation. Or, cette tumeur, qui était une gomme volumineuse du triceps de la cuisse, ne tarda pas à s'ulcérer et, sa nature une fois reconnue, à guérir en deux mois par le traitement mixte. Aujourd'hui, la cuisse, qui avait été très augmentée de volume, a repris ses dimensions ordinaires et le muscle a recouvré sa mobilité. Il y a un intérêt capital à connaître ces faits: on croit à un sarcome alors qu'il ne s'agit que de syphilis. Le malade ignorait d'ailleurs qu'il fût syphilitique.

M. DUGUET présente un malade atteint d'une *myosite syphilitique du temporal et du masséter gauches*. Chez cet homme sont survenues progressivement de la pesanteur de tête, des douleurs surtout nocturnes au niveau de la fosse temporale, en même temps que la mastication devenait de plus en plus difficile. Dans la région temporale on trouve une saillie arrondie, qui représente une gomme diffuse. Chez cet homme la syphilis est aussi ignorée: on ne note qu'une perte temporaire des cheveux il y a huit ans. Néanmoins, les signes objectifs ont fait porter le diagnostic de périostite du temporal avec envahissement des muscles temporal et masséter.

M. FOURNIER. — C'est là un cas intéressant en raison de la rareté de cette localisation dont il n'existe qu'un très petit nombre d'exemples. Chez les deux malades qui viennent d'être présentés la syphilis était ignorée; or, ces faits sont vraiment très fréquents. Cette syphilis ignorée peut avoir trois raisons principales: 1° une syphilis acquise mais méconnue; 2° une syphilis héréditaire tardive; 3° peut-être une syphilis héréditaire à la deuxième génération, le petit-fils héritant de l'aïeul.

M. RENAULT présente une femme atteinte d'une affection cutanée hybride: *roséole syphilitique et pityriasis rosé de Gibert*; il insiste sur la rareté de ces faits et la difficulté d'en faire le diagnostic.

M. FOURNIER pense qu'il s'agit bien là, en effet, d'une double affection et non pas seulement d'une syphilide pityriasique.

M. E. BESNIER. — Il y a là en effet coïncidence de deux affections qui ne s'excluent pas. La démonstration au point de

vue histologique est impossible : il n'y a que la clinique qui puisse permettre de les faire reconnaître. Le pityriasis rosé de Gibert est une maladie multiforme et dans certains cas le diagnostic est vraiment très difficile.

M. Barthélemy présente un malade atteint de cette variété de folliculites pour laquelle il a proposé le nom de *acnitis*. Cet homme n'a jamais eu d'acné et l'on peut voir qu'aux localisations habituelles de l'acné, entre les épaules, au-devant de la poitrine, il n'y en a aucune trace. Au contraire, l'éruption chez ce malade occupe des sièges qui ne sont pas ceux de l'acné, les doigts et les orteils notamment. Elle présente les caractères sur lesquels M. Barthélemy a insisté dans une séance précédente. La maladie dure depuis dix mois. Chaque élément persiste cinq ou six semaines.

M. Barthélemy présente un deuxième malade atteint d'un chancre syphilitique *avec lymphangite moniliforme de la verge*. Cette lymphangite est spécifique et il est évident que si, dans ce cas, on eût excisé le chancre qui est précisément préputial, le résultat aurait été négatif.

M. E. Besnier fait une communication sur *les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose tégumentaire et en particulier dans le lupus par la méthode de Koch*.

Nous regrettons de ne pouvoir donner *in extenso* l'importante communication de l'éminent clinicien de l'hôpital Saint-Louis. Ecrit avec ce talent d'exposition, cette clarté, cette précision, cette élégance de forme, qui marquent tous les travaux de M. Besnier, ce mémoire datera dans l'histoire de la méthode de Koch et dans les fastes de la clinique française. Les applaudissements qui l'ont accueilli montrent bien comment, en France, nous jugeons que de telles expériences doivent être conduites, quels sont les droits de la clinique, les devoirs de l'expérimentation, les exigences de notre médecine traditionnelle.

M. Besnier fait l'historique du traitement de Koch à l'hôpital Saint-Louis : il rappelle l'organisation du service nécessaire pour mener à bien ces expériences, puis il passe aux observations de ses malades. De ces trente-huit observations, il n'en est pas une, dit-il, qui ne demande à être citée et dont l'exposé ne soit riche en enseignement.

Deux faits dominent l'histoire thérapeutique de la lymphe tuberculeuse appliquée aux tuberculoses tégumentaires : D'une part, l'insuffisance trop certaine, en dépit de ce qu'on a dit, de l'action locale; sa diminution progressive au cours des inoculations, malgré l'élévation des doses; enfin sa cessation plus ou moins rapide, mais inévitable. D'autre part, l'intensité des phénomènes généraux, la gravité de l'atteinte portée à la vitalité chez quelques malades ; les localisations graves sur les viscères en général et sur le système circulatoire en particulier ; enfin le péril de mort, même avec des doses faibles et à la première inoculation, aussi bien que dans la série. L'action locale, la localisation élective, ce qu'on a appelé la réaction locale mérite d'être examinée de près : elle n'est pas, à mon sens, ce que l'on paraît croire, c'est-à-dire produite par l'action directe de la toxine tuberculeuse. Celle-ci, en effet, à une dose aussi élevée qu'on le voudra, ne détruit jamais le bacille, dans quelque milieu que ce soit : elle n'est en aucune manière parasiticide, elle n'est pas davantage apte à stériliser les tissus dans lesquels il végète, à quelque dose qu'on l'y introduise. Injectée au niveau même d'une plaque de lupus, elle ne l'actionne pas davantage qu'elle n'irrite la peau saine, le tissu cellulaire ou le muscle dans lesquels on l'introduit. M. Besnier cite un malade de M. Vidal chez lequel des injections ont été faites en pleine plaque lupique, et aujourd'hui, plusieurs semaines après l'inoculation, cette plaque est la plus floride. La toxine n'a aucune valeur vaccinante et n'oppose aucun obstacle au développement du bacille.

Le tubercule lupique n'est pas attaqué, car non seulement après une série d'inoculations tous les tubercules anciens persistent, mais il s'en est encore développé de nouveaux : elle n'a pas sur les tissus tuberculeux une action directe. Sur les lupus ouverts l'action est plus manifeste, mais elle est exceptionnelle sur les lupus fermés : sur les premiers il se fait une rémission plus ou moins accentuée dans la masse pathologique; il y a même une tendance à la cicatrisation, mais c'est tout. En vain les inoculations sont-elles répétées, l'amélioration s'arrête et ne peut être considérée comme une guérison. Les cavernes lupiques restent en l'état, puis, au bout d'un certain temps, la réaction ne se produit plus et l'expérimentation est arrêtée de ce fait sans que la guérison soit obtenue : la tolérance se produit avant elle. Il n'est pas impossible, a-t-on dit, que plus tard le cycle recommence, mais, même dans ce cas, le résultat n'est pas meilleur, car de nouveaux tubercules se sont développés.

En résumé, il se produit au cours des inoculations une irritation de type et de degré variables, d'où ces poussées érysipélatoïdes si communes dans le lupus vulgaire : on peut voir alors ces ébauches de cicatrisation mais les éléments tuberculeux se multiplient néanmoins et même augmentent. Cette fièvre phymatique n'a même pas l'action de l'érysipèle, et ne peut lui être comparée. Sous son influence il se fait bien une modification suspensive du processus pathologique, mais elle est incomplète, insuffisante et le résultat obtenu n'est ni supérieur, ni même égal à ce que l'on obtient avec les traitements ordinaires. Ce procédé n'a même pas pour lui d'être moins douloureux que ceux employés jusqu'ici et il faut n'avoir pas été témoin des souffrances de certains malades pour le considérer à cet égard encore comme supérieur. L'action de la toxine n'a son effet qu'à condition qu'on a agi au préalable sur le lupus, qu'on l'a mis à ciel ouvert : dans ce cas, il peut se produire une réduction en masse. Mais alors la méthode n'offre aucune supériorité sur les procédés que nous avons actuellement à notre disposition et elle expose en outre à des dangers pouvant aller jusqu'à la mort. Dans ces conditions, conclut M. Besnier, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration ; mais aujourd'hui ma conviction est établie : je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits de toxine de la tuberculose et je ne pratiquerai plus d'inoculation. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions de l'humanité et du respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française.

M. Hallopeau fait sur le même sujet une communication dont les conclusions sont les mêmes. L'action phlogogène, dit-il, s'exerce en toute évidence sur les foyers lupiques, mais elle ne leur est pas circonscrite. Il y a souvent une notable amélioration des tubercules qui s'affaissent et pâlissent : les ulcérations se cicatrisent partiellement, mais il y a loin de là à la guérison et, au bout d'un certain temps, les malades ne réagissant plus, le lupus repullule avec une nouvelle activité. M. Hallopeau ne croit donc pas que dans les conditions actuelles, la lymphe doive être utilisée dans la pratique courante et il se refuse pour sa part, sauf dans les cas très exceptionnels qu'il indique, à l'employer comme médicament, à moins que, contrairement à toute prévision, l'on ne parvienne à obtenir son action bienfaisante en évitant son action nocive.

M. Paul Raymond communique une observation de *syphilis conceptionnelle*. Cette observation peut se résumer ainsi. Un homme syphilitique se marie trois ans après le début des accidents. Naissance d'un premier enfant sain, puis d'un deuxième enfant syphilitique et d'un troisième enfant sain, mais débile, chétif et qui meurt de maladie intercurrente. La femme n'est pas contagionnée par son mari, mais elle prend la syphilis de son deuxième enfant procréé syphilitique par ce mari. Chez elle, la syphilis reste latente pendant dix ans, puis, sous l'influence de débilitation organique, elle donne lieu à des accidents tertiaires. Ce fait n'est pas isolé, et l'importance de ces cas est considérable lorsqu'on cherche une explication à la loi de Colles. Si une femme présente cette immunité bizarre contre l'hérédo-syphilis de son enfant, c'est qu'elle est elle-même syphilitique, et pourtant, si dans certains cas il y a eu des manifestations spécifiques, celles-ci peuvent aussi faire défaut. Il y a lieu aussi de tenir compte de ces faits dans la recherche parfois si difficile de la syphilis chez la femme.

M. Besnier. — J'ai remarqué, comme M. Raymond, que les enfants de syphilitiques, même lorsqu'ils étaient sains, présentaient un défaut de résistance qui fait qu'ils prennent facilement les maladies régnantes.

M. Fournier. — Cette observation montre en outre qu'un homme syphilitique qui a donné naissance à un enfant sain ne

doit pas croire pour cela que ses autres enfants seront sains : la règle est pourtant de voir le premier enfant syphilitique et les autres sains, contrairement à ce qui s'est présenté dans ce cas.

M. FEULARD lit, au nom de M. WELANDER (de Stockholm), un travail sur le *Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure*. Paul RAYMOND.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 9 février 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DEMANGE.

M. CHRISTIAN rapporte un cas de *tatouage* qu'il a observé à Charenton *chez un persécuté-persécuteur*. C'est un belge, âgé de 30 ans, dont les antécédents sont peu connus. Il s'est marié avec une jeune fille d'une condition sociale plus élevée que la sienne, et c'est peu de temps après le mariage qu'il est devenu sombre, jaloux, se plaignant d'avoir été déshérité par sa famille. Son délire est polymorphe, assez mal systématisé et fondé essentiellement sur des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Interné d'abord à l'asile de Montpellier, puis à Charenton, il présentait toujours un délire dans lequel les idées de persécution se mêlaient avec des idées mystico-politiques. C'est dans ces asiles qu'il a commencé à pratiquer le tatouage qui, grâce à ses aptitudes pour le dessin acquises pendant son enfance, se distinguait par la régularité et la finesse des traits. A côté de certains dessins existent des inscriptions qui ont une signification toute particulière pour le malade. Ainsi, sur le bras gauche on trouve dessinés trois croix et à côté l'inscription : « Hal » ; ceci doit rappeler, paraît-il, un pèlerinage célèbre en Belgique. On voit, en somme, que tous les dessins du tatouage sont en rapport intime avec les conceptions délirantes du sujet.

M. SOCQUET lit un rapport médico-légal sur l'autopsie d'un enfant de 9 mois, dont la mort serait due à une imprudence. On a constaté une légère congestion des méninges, une inflammation avec ulcération des plaques de Peyer et une tuméfaction notable des ganglions mésentériques. Aussi, la conclusion était quo la mort est survenue à peu près au 10e jour d'une fièvre typhoïde. Or, l'enquête judiciaire a établi que la mère a donné à l'enfant, à la place d'huile de ricin, une quantité égale d'*huile de camomille* camphré. Les experts ont repris l'affaire, et, d'après leurs recherches, la quantité du camphre absorbé (1 gr. 50 centigr. à peu près) ne pouvait pas être accusée, car ni les symptômes cliniques ni les lésions cadavériques ne ressemblaient, dans le cas de cet enfant, à ceux que l'on observe généralement dans les cas d'empoisonnement par le camphre.

M. POUCHET fait remarquer que l'attention des experts devait être également éveillée à propos d'huile de camomille, qui, à elle seule, est susceptible de déterminer des accidents, surtout chez un enfant dont les plaques de Peyer étaient déjà ulcérées.

J. ROUBINOVITCH.

REVUE D'HYGIÈNE

I. — Nouvelles études sur l'isolement des contagieux en France et en Angleterre ; par le Dr LUTAUD et Douglas HOGG. — Baillière, 1890.

II.— Revue critique des Congrés d'hygiéne et d'Assistance de Paris en 1889 ; par le Dr DROUINEAU. — Bordeaux, 1890.

III. — Etude sur les empoisonnements alimentaires ; par les Drs POLIN et LABIT. — Doin, 1890.

IV. — Encyclopédie d'hygiéne et de médecine publique; Tome troisième. —, Lecrosnier, 1890.

V. — Hygiéne élémentaire publique et privée ; par le Dr AMBLARD. — Maloine, 1891.

VI. — L'Ecole-Etude d'hygiéne prophylactique ; par le Dr FRANCESCO LAMANNA. — Bari, 1890.

I. — Cette étude sur les maladies contagieuses, en France et en Angleterre, est d'autant plus intéressante qu'elle est faite par des médecins qui ont une connaissance approfondie des deux pays. Elle montre, malheureusement pour nous, quelle est la supériorité de l'Angleterre en hygiène ; les différents chapitres sur les hôpitaux d'isolement et les épidémies en Angleterre sont très instructifs et nous recommandons vivement la lecture des pages relatives à la vaccine. En résumé, ces auteurs demandent que les malades atteints d'affections contagieuses et transmissibles soient traités dans des pavillons isolés qui pourront être sans inconvénient élevés dans la même enceinte, à la condition de posséder un personnel distinct. Les varioleux seraient hospitalisés dans des hôpitaux à eux, spécialement affectés et placés hors des villes.

II. — M. le Dr Drouineau examine les congrès dans leur ensemble et reprend quelques questions en particulier. Il désirerait que les congrès fussent moins rapprochés, de manière à permettre aux différents membres d'étudier les questions internationales avec plus de soin. Il passe en revue les congrès d'hygiène et les congrès d'assistance.

III. — Ces auteurs ont surtout étudié les accidents dus à la viande altérée et à la production consécutive de ptomaïnes. Toutes leurs observations ne contiennent pas la preuve matérielle, la ptomaïne ; car dans la plupart des cas la recherche des alcaloïdes n'a pu être entreprise. Mais cette preuve toujours précieuse pour emporter la conviction, n'est pas indispensable pour l'établir : les troubles morbides se révèlent par des symptômes et des lésions qu'on ne peut méconnaître et dont on constate l'identité dans tous les cas, aussi bien dans ceux où les recherches bactériologiques n'ont pu être faites que dans ceux où elles ont été complètes. Les auteurs insistent longuement sur les moyens prophylactiques.

IV.—Le tome troisième (1er et 2e fascicules) de l'*Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique* vient de paraître : il contient « les villes en général » par M. Jules Arnould et « la ville souterraine » par M. Rochard. Nous n'avons plus à insister sur les services que peut rendre cette importante publication.

V. — L'utilité de l'hygiène, dit l'auteur, est si loin d'être méconnue que, faute d'avoir appris la vraie, tout le monde est disposé à s'en composer une de toutes pièces, et elles ne sont pas toujours les moins en vogue ces hygiènes de fantaisie ou d'inspiration. En hygiène, l'obstacle à surmonter n'est pas la défiance, mais la crédulité du public ; et le but à atteindre consiste moins à faire accepter l'enseignement sanitaire qu'à lutter contre une masse d'erreurs accréditées sous ce titre. On trouvera dans ce livre de bons renseignements sur l'hygiène publique, trop négligée par les municipalités.

VI. — L'auteur étudie les conditions hygiéniques des écoles en Italie et insiste sur leur déplorable état : il montre tous les dangers qu'une semblable incurie peut faire courir aux enfants. Il demande que les villes, en Italie, suivent l'exemple donné par la France, et nomment des médecins-inspecteurs des écoles, et il regrette qu'on ne se préoccupe pas plus de l'éducation physique des enfants. MARTHA.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. — Note sur la fièvre intermittente chez les enfants à Paris ; par le Dr E. PÉRIER. — Paris, 1891, J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

II. — Du rhumatisme noueux chez les enfants ; par le Dr DIAMANTBERGER. — Paris, 1890, Lecrosnier et Babé, éditeurs.

I. — Ce travail, extrait du *Bulletin de la Société de médecine pratique* (1890), a pour objet de montrer que la fièvre intermittente est plus fréquente à Paris qu'on ne le croit, et qu'elle atteint surtout les enfants du premier âge. J'ai publié, pour ma part, un cas de fièvre palustre observé sur un enfant de 14 mois qui habitait près du canal Saint-Martin (Soc. méd. des hôp. 1890). M. Périer signale à l'attention des médecins un autre foyer d'impaludisme dont il faudrait se défier, le parc Monceau. Il a vu un enfant de 16 mois pris tout à coup de convulsions avec 40° ; puis, après une journée d'apyrexie, nouvel accès ; la quinine a triomphé des accidents. Plus tard, à Trouville, rechute suivie des symptômes de la cachexie palustre ; retour à Paris, et enfin guérison par l'usage prolongé de la quinine ; il cite d'autres exemples.

II. — Quoique rare dans l'enfance, le rhumatisme chronique, cette maladie de la vieillesse, n'y est pas inconnu. La thèse de M. Diamantberger nous montre des exemples saisissants de la polyarthrite déformante des jeunes sujets. C'est surtout dans la seconde enfance, aux approches de la puberté, que débute le rhumatisme noueux; on ne l'observe jamais dans la première enfance. Les filles sont atteintes plus souvent que les garçons. L'hérédité *similaire* ou *diathésique* est notée dans bon nombre de cas. A cette influence prédisposante il faut ajouter les causes occasionnelles, froid, humidité, fatigue. D'après l'auteur, le rhumatisme noueux aurait des relations de parenté avec les névroses. Dans une autre thèse, M. Cousin (Symptômes communs au rhumatisme chronique et aux affections nerveuses) a étudié précisément les points de contact du rhumatisme noueux avec la famille neuropathique. J. Comby.

REVUE D'OTOLOGIE

I. — Contribution au traitement de la sclérose auriculaire; par le Dr Lœwenberg.

II. — Technique des principaux moyens de diagnostic et le traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales; par le Dr Simon Duplay. — Paris, Asselin et Houzeau, 1889.

I. — M. le Dr Lœwenberg fait remarquer que, dans la sclérose, il arrive parfois que chaque insufflation d'air est suivie d'une diminution passagère de l'acuité auditive. Elle est due à ce que le tympan, ayant perdu son élasticité, les osselets et les ligaments leur sensibilité, le tympan ne peut plus reprendre sa position d'équilibre normale. Pour éviter cet inconvénient, il faut avoir la précaution de faire obturer l'oreille aussi hermétiquement que possible pendant le cathétérisme au moyen du doigt du malade. Dans les cas où le malade doit pratiquer lui-même l'insufflation, il devra prier quelqu'un de lui boucher les oreilles; de préférence il fera introduire dans ses conduits les deux extrémités d'un tube à deux branches fixé sur un des côtés de l'embout de la poire de Politzer, de telle sorte que l'air lancé par cette poire vienne frapper en même temps les deux faces du tympan. M. Lœwenberg conseille l'usage des vapeurs d'iode froides. Pour obtenir ces vapeurs d'iode froides, on introduit l'embout d'une poire de caoutchouc préalablement comprimée dans le goulot d'un flacon contenant de l'iode solide, comme on fait pour aspirer les vapeurs du chloroforme. En se dilatant, le ballon s'emplit d'air mélangé de la vapeur toujours contenue dans un récipient qui renferme de l'iode.

Nous préférons avoir recours au procédé suivant pour obtenir ces vapeurs, que nous avons toujours employées froides. Nous avons fait construire, il y a quelques années, par M. Clasen, de Bruxelles, une petite ampoule de verre, analogue à celle de Hartmann, et terminée à ses extrémités par deux embouts qui peuvent s'adapter, l'un à la poire de Politzer et l'autre à la sonde. Dans cette ampoule, nous introduisons du coton renfermant quelques cristaux d'iode métallique. Nous avons donc toujours à notre disposition des vapeurs d'iode. Cette ampoule est conservée dans un flacon bouché à l'émeri, analogue à ceux dont on se sert en micrographie pour renfermer le baume de Canada ou la gomme de Damar.

II. — La première partie de ce petit volume contient la technique des principaux moyens de diagnostic et le traitement des maladies des oreilles. L'auteur passe tour à tour en revue les divers modes d'examen de l'oreille externe, de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache et indique quelques méthodes d'exploration de l'état de la fonction auditive. Un spéculum tubulaire est le meilleur des instruments pour examiner l'oreille. Il serait avantageux de se servir de la lumière du jour, mais la plupart du temps il faut avoir recours à une lampe à pétrole ou à huile, dont les rayons seront concentrés dans la cavité du spéculum à l'aide d'un miroir réflecteur de six à huit centimètres de diamètre et de douze à quinze centimètres de foyer, percé à son centre et monté sur un manche ou sur un bandeau frontal. Nous sommes surpris d'entendre M. Duplay dire que l'emploi du spéculum pneumatique de Siegle est un instrument compliquant inutilement l'appareil instrumental. Après avoir indiqué les moyens propres à provoquer la circulation de l'air dans la caisse et dans la trompe d'Eustache au moyen des procédés de Toynbee, de Valsalva, de Politzer et du cathétérisme, l'auteur arrive à l'exploration de l'état de la fonction auditive. Ce paragraphe est malheureusement trop écourté et trop insuffisant. Parmi les principaux moyens de traitement des maladies des oreilles, l'auteur cite les injections, les irrigations faites en employant un spéculum ayant beaucoup d'analogie avec la double canule de Prat, les instillations, les fumigations, les insufflations de poudre, les badigeonnages et les cautérisations. La deuxième partie de ce petit traité renferme la technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des fosses nasales, c'est-à-dire la rhinoscopie antérieure et la rhinoscopie postérieure, les injections, les douches, le humage, le gargarisme rétro-nasal, le bain nasal, les pulvérisations, les fumigations, les insufflations de poudres, les badigeonnages et les cautérisations. Quelques lignes sont consacrées à l'anesthésie de la muqueuse nasale. Il est regrettable que M. Duplay n'ait pas donné à certains chapitres les développements qu'ils comportent, surtout depuis l'extension qu'a prise l'étude des maladies de l'oreille, car son livre eût été un précis très utile; cependant, il est appelé à rendre des services aux étudiants qui veulent avoir quelques notions d'otologie et de rhinologie. Baratoux.

REVUE DES MALADIES NERVEUSES

I. — L'acromégalie (*Maladie de P. Marie*); par Souza-Leite. — Th. Paris, 1899. 1 vol. in-8 de 311 pages avec 102 figures dans le texte. Lecrosnier et Babé, lib.-édit.

I. — Depuis que M. P. Marie a décrit la maladie à laquelle il a donné le nom d'*Acromégalie* (*Rev. de Méd.* 1886, n° 4), un certain nombre de mémoires sur cette affection ont vu le jour, soit en France, soit à l'étranger. Mais aucun travail d'ensemble n'avait été entrepris qui vînt donner un résumé complet des connaissances acquises à ce sujet en l'état actuel de la science. M. Souza-Leite a entrepris cette tâche et il a su la mener à bien dans son intéressante monographie.

Il a divisé son travail en huit chapitres. Dans le premier, il donne un aperçu général de la *maladie de Marie*. Dans le second, il passe en revue les accidents morbides ou les maladies qui ont pu être considérées comme causes de l'acromégalie. On ne peut rien affirmer de précis touchant l'étiologie; on sait seulement que c'est une maladie de la fin de l'adolescence et de l'âge adulte. Le troisième chapitre est consacré à l'étude détaillée des symptômes de l'acromégalie. L'auteur les divise en objectifs (exagération du volume des mains et des pieds; prognathisme; épaississement de la langue; déviations rachidiennes et thoraciques, la double bosse de Polichinelle; modifications du cou, du tronc; troubles des divers appareils); et en subjectifs (céphalée et aménorrhée des acromégaliques; troubles génésiques; troubles de la vue; désordres digestifs; troubles sensitifs et sensoriels, douleurs). Les symptômes généraux et psychiques terminent le troisième chapitre. Beaucoup de ces phénomènes, si variés et si curieux, sont constants, fondamentaux, en ce qu'ils servent à la caractéristique diagnostique de la maladie : ce sont en particulier les modifications des extrémités et du rachis. Le diabète intermittent, la peptonurie surtout, découverte chez ces malades par M. le Pr Bouchard, dénotent le trouble profond de la nutrition qui préside à l'éclosion de tous ces accidents. M. Souza-Leite a eu raison d'y insister et d'examiner à plusieurs reprises les urines des acromégaliques qu'il lui a été donné d'observer.

Le quatrième chapitre est consacré à l'évolution de la maladie, qui est essentiellement chronique. La mort est la terminaison presque obligatoire, mais à très longue échéance en général. L'anatomie pathologique est étudiée dans le chapitre V. L'auteur y montre les lésions du corps pituitaire et les altérations de voisinage occasionnées par l'hypertrophie de cet organe. La tige pituitaire, l'infundibulum, les bandelettes optiques, la selle turcique, les tissus voisins sont com-

primés, déformés. Mais tout cela ne donne pas la clef de la nature de cette affection. Parmi toutes les hypothèses qui ont été émises et que M. Souza-Leite examine dans son chapitre VI, il se rattache à celle de P. Marie.

L'avant-dernier chapitre traite du diagnostic de l'acromégalie, que l'on peut confondre avec d'autres maladies, telles que le myxœdème, la maladie de Paget, le gigantisme, l'éléphantiasis des Arabes, l'ostéo-arthropathie hypertrophique pneumique (P. Marie). Le diagnostic avec cette dernière affection est quelquefois très difficile à établir, et M. P. Marie a contribué à le rendre plus aisé en décrivant les altérations osseuses et articulaires consécutives à des processus pulmonaires particuliers.

Dans le dernier chapitre, l'auteur s'occupe du traitement, qui n'est pas en général d'une bien grande efficacité.

Cet excellent travail est basé sur 38 observations, dont plusieurs personnelles, prises avec un soin minutieux et illustrées de 102 figures et schémas très instructifs.

L'une des malades a été observée à la Salpêtrière, dans le service de M. le Pr Charcot, dont M. Souza-Leite est, depuis plusieurs années, l'un des auditeurs les plus assidus.

Ajoutons enfin qu'un Index bibliographique très complet, bien divisé, termine cet ouvrage, qui fait le plus grand honneur à son auteur et au médecin distingué qui l'a inspiré.

Georges GUINON.

REVUE D'HISTOLOGIE

III. — Une modification de la méthode à la paraffine; par WILHAM-KRAUSS. (*Forchritte der Medicin*, 1888, N° 16).

IV. — Quelques complications de l'endartérite chronique; par W. CANFIELD. (Baltimore, *Acad. of Medicine*, 1889).

III. — La modification proposée par Krauss consiste surtout dans l'emploi de la térébenthine, comme dissolvant de la paraffine. On sait que, pour couper une pièce de paraffine, il faut d'abord la déshydrater par l'alcool ordinaire, puis absolu, et ensuite la pénétrer d'un réactif auquel la paraffine fondue à 40°50 puisse se substituer, de façon à solidifier la pièce en se refroidissant. On emploie, pour ce but, l'huile de cèdre mêlée d'abord à l'alcool absolu, puis employée pure, pour les objets délicats, tels que les embryons. Pour les examens anatomo-pathologiques, le chloroforme ou l'éther suffisent. La térébenthine serait excellente, surtout pour l'étude des centres nerveux.

IV. — L'auteur donne un relevé statistique intéressant des anévrysmes classés suivant l'âge et le siège ; il ne s'agit pas, d'ailleurs, d'autres complications. La conclusion, c'est que l'anévrysme est une dépendance de l'artérite chronique et des lésions de la tunique interne.

A. PILLIET.

CORRESPONDANCE

L'Epilogue d'un procès célèbre.

Réponse à M. GILLES DE LA TOURETTE.

L'article « *Epilogue d'un procès célèbre* », publié dans le numéro du 31 janvier, dirigé contre moi, appelle une réponse. Dans ce procès, M. Liégeois a exposé avec courage son opinion et non la mienne. C'est à tort qu'on a transformé une question de fait en question d'Ecole. Que l'accusée, dénuée de sens moral, ait agi sous l'influence de manœuvres hypnotiques, qu'elle ait obéi à des suggestions faites à l'état de veille, ou qu'elle ait cédé aux impulsions de sa nature vicieuse, aux suggestions de ses propres instincts pervers, c'est là une question de fait que les débats n'ont pas éclaircie ; ce n'est pas une question de doctrine.

Quand le défenseur de Gabrielle Bompard me demanda mon avis, je lui dis formellement que, si je pouvais déposer devant la Cour, j'éviterais toute discussion doctrinale relative aux Ecoles de Paris ou de Nancy ; je prononcerais à peine le mot hypnotisme. Voici, lui ai-je dit devant M. Liégeois, comment je parlerais (1).

Deux choses sont admises par tout le monde en ce qui concerne l'accusée ; elles ressortent du rapport des médecins légistes. La première, c'est que l'accusée est dépourvue totalement de sens moral : c'est « une cécité morale, un arrêt du sens moral, une lacune, » disent les experts. La seconde, c'est qu'elle est très suggestible, c'est-à-dire très facile à être influencée par quiconque sait prendre de l'ascendant sur elle, acceptant les idées suggérées et entraînée par sa nature à les réaliser. *Absence native du sens moral et suggestibilité extrême*, telles sont les deux dominantes psychologiques de l'accusée.

Ces deux caractères, ces deux infirmités dans la nature morale et psychique de l'accusée, devaient certainement la rendre plus apte à aller vers le crime, soit en suivant ses propres instincts non rectifiés par le sens moral absent, soit en suivant une impulsion reçue d'autrui.

Mais, dit-on, elle est extrêmement intelligente, elle agit en connaissance de cause, elle juge la portée de ses actes, elle a la notion du bien et du mal, elle distingue par l'esprit, sinon par le sentiment, le *fas* du *nefas*. Elle est donc responsable.

Son intelligence est-elle suffisante pour lui permettre de réagir contre les mauvais instincts et les mauvaises suggestions ? Suffit-elle à faire contrepoids à ces deux infirmités, absence de sens moral et suggestibilité ? Voilà toute la question. Et c'est sur ce point que toute la discussion doit porter.

La question est, je l'avoue, difficile à résoudre. Mes honorables confrères ont répondu, par l'affirmative, trop catégoriquement, à mon avis.

C'est une question de psychologie. Or, voici ce que disent les psychologues : « Sans doute les aveugles moraux connaissent encore la distinction du bien et du mal. Ils savent fort bien qu'il faut faire telle chose et qu'il faut s'abstenir de telle autre. Ils le *savent*, mais ils ne le *sentent* pas ; *et dès lors il est presque inévitable qu'ils agissent comme s'ils ne le savaient pas*, car « la connaissance pure ne détermine pas l'action » ; c'est une loi que la psychologie contemporaine, surtout la psychologie anglaise, a mise hors de conteste. Jamais nous ne sommes entraînés à agir par une idée pure, par la conclusion logique d'un raisonnement, etc. Ce qui nous met en branle, c'est l'attrait exercé par une idée et par une personne, les désirs ou les répulsions qu'elles font naître en nous. » (Levy-Brühl. *La responsabilité des criminels, Revue politique et littéraire,* 22 novembre 1890).

Si j'examine d'autre part la conduite de Gabrielle Bompard, je constate qu'elle a suivi Eyraud, réduit aux expédients, et qui la maltraitait ; qu'elle a suivi M. Garanger et a facilement accepté l'idée de se livrer à la préfecture de police ; qu'elle a avoué, au moins en partie, sa culpabilité avant l'arrestation d'Eyraud, alors que rien ne l'obligeait à le faire, alors que son intelligence et son intérêt devaient lui conseiller de ne pas le faire. Son intelligence n'a donc pas suffi à la prémunir contre l'idée dangereuse de dénoncer le crime ; elle n'a pas suffi, en présence du magistrat instructeur, pour l'empêcher, docile aux suggestions habiles de l'interrogatoire, d'avouer sa complicité.

Sans doute, elle est extrêmement intelligente. Mais qu'est-ce que cette intelligence spéciale, « plus superficielle que profonde », dit le rapport ? Sans doute, en présence du magistrat elle parle avec volubilité, elle est rouée, elle est roublarde, comme on dit ; se sentant menacée, elle se décharge, elle travestit vivement la vérité.

Mais bientôt, à mesure que l'interrogatoire continue, il se peut que le magistrat la captive et qu'alors elle s'oublie ; docile aux suggestions d'un interrogatoire habile, elle se laisse aller à avouer son rôle, plus ou moins complètement. Elle subit l'impression du moment. C'est une intelligence vive, mais toute d'instincts, d'impressions, mobile, qui peut s'oublier et se ressaisir, qui n'a pas de suite, qui n'est pas maîtresse d'elle-même, comme celle des gavroches parisiens.

(1) Cette appréciation a paru dans le *Temps* du 29 janvier. Je crois qu'il est intéressant de la reproduire dans un journal de médecine, car elle appelle l'attention sur un point de vue nouveau que devront envisager dorénavant les médecins légistes.

Je n'ai pas vu Gabrielle Bompard, je n'affirme pas que telle soit exactement la vérité. Mais c'est l'impression qui résulte pour moi de ce que j'ai lu sur elle ; et, d'après cette impression, moins affirmatif que mes confrères, j'eusse conclu en ce sens :

1° L'absence native de sens moral et la suggestibilité extrême de l'accusée, diminuant sa capacité de résistance aux impulsions criminelles, sont de nature à atténuer dans une certaine mesure sa responsabilité morale.

2° Il n'est pas démontré que la nature et la portée de son intelligence soient suffisantes pour faire contrepoids à ces deux infirmités et leur permettre de résister aux impulsions ou suggestions mauvaises. Voilà pour la question du procès :

Partant de là, M. Gilles de la Tourette, un vaillant athlète, part en guerre pour achever de pourfendre l'Ecole de Nancy, à laquelle il croit ou dit avoir déjà imprimé « un lamentable échec au Congrès de l'hypnotisme. »

Assertion audacieuse ! — Parmi les nombreux médecins français et étrangers qui se pressaient au Congrès, l'immense majorité était acquise à notre doctrine. Deux seules voix discordantes se faisaient entendre. Gilles de la Tourette et Guermonprez. Il suffit de lire le volume des comptes rendus du Congrès pour s'assurer que presque toutes les communications ont été faites dans le sens de notre Ecole. Le lecteur vérifiera.

Je renonce à suivre M. Gilles de la Tourette dans le dédale de son argumentation tortueuse et humoristique. A quoi bon rectifier des assertions erronées, des idées travesties, des citations tronquées ? Aucune discussion ne tranchera le différend qui nous sépare. Les boutades spirituelles peuvent amuser la galerie : elles ne transforment pas l'erreur en vérité.

Or, j'affirme, contrairement à M. Gilles de la Tourette, que l'hypnotisme n'est pas une névrose, réalisable chez les seuls hystériques ; j'affirme qu'il peut être obtenu, dans tous ses degrés, chez beaucoup de sujets absolument sains, nullement névropathes, aussi bien que chez les hystériques ; j'affirme que la conception de l'hypnose, telle que nous contradicteur l'expose dans son livre et dans son article du Dictionnaire encyclopédique, est *absolument erronée*, que la plupart des faits expérimentaux sur lesquels il s'appuie sont *inexacts et entachés d'erreur*, que la division en trois phases du grand hypnotisme, les caractères somatiques, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de la période dite léthargique, l'hyperexcitabilité cutano-musculaire de la période dite somnambulique, le transfert par les aimants, la douleur de tête localisée au moment du transfert, etc., j'affirme que tous ces phénomènes sont de *purs effets artificiels de suggestion ;* et je défie M. Gilles de la Tourette de trouver une seule hystérique, vierge d'hypnotisations antérieures, chez laquelle il puisse réaliser ces phénomènes *dans des conditions telles que la suggestion ne soit pas en jeu.*

J'ai dit et je répète : la *suggestion* est la clef de tous les phénomènes hypnotiques scientifiquement établis jusqu'à ce jour. A tous ceux qui voudront visiter ma clinique, je m'engage à démontrer *expérimentalement* la vérité.

J'ai été longtemps, hélas ! avant M. Gilles de la Tourette, l'élève de M. Charcot, et je m'en honore. Je rends hommage à ce maître éminent, notre maître à tous en neuro-pathologie. Si cependant, dans cet immense domaine, agrandi par son impulsion féconde, je rencontre quelque vérité, fût-elle contraire à son enseignement, je ne crois pas manquer de respect au maître en affirmant cette vérité. BERNHEIM.

Nous croyons la question doctrinale vidée ; nous nous réservons de revenir sur l'application qu'on fait à Nancy de la thérapeutique suggestive à la guérison des maladies organiques, mais il nous choque de voir M. Bernheim rejeter encore une fois sur M. Liégeois une responsabilité qui lui appartient tout entière.

« *Dans ce procès,* dit M. Bernheim, *M. Liégeois a exposé avec courage son opinion et non la mienne. C'est à tort qu'on a transformé une question de fait en question d'Ecole.* » C'est donc *à tort* que M. Liégeois s'exprimait ainsi (*Gaz. des Tribun.*, 20 déc. 1890, p. 1214, 2e col.) :

« *M..., je tâcherai d'être aussi court que possible, mais je tiens à établir la situation qui m'est faite. Je n'ai pas recherché le périlleux honneur de vous adresser la parole. C'est M. le docteur Bernheim qui devait venir ; mais, victime d'un accident, il n'a pu répondre au désir du défenseur de Gabrielle Bompard et l'on s'est adressé à moi. J'ai considéré comme un devoir d'honneur et de conscience de venir exposer devant vous les doctrines de l'Ecole de Nancy.* »

Les doctrines de l'Ecole de Nancy ne sont donc plus celles de M. Bernheim ! Nous rappellerons encore qu'il est établi par l'instruction, par la déposition de M. le professeur Brouardel, que c'est à la suite d'une consultation de M. Bernheim sur Gabrielle Bompard (*Rev. Hyp.*, 1890, p. 226), qu'*il n'avait jamais vue*, que l'hypnotisme s'introduisit dans un débat où il n'avait que faire. M. Bernheim aura beau écrire ; les faits restent les faits et aucune argumentation ne saurait prévaloir contre eux.

GILLES DE LA TOURETTE.

BIBLIOGRAPHIE

Un cas d'hystéro-traumatisme chez l'homme ; par Em. BITOT et H. LAMARQUE, internes des hôpitaux de Bordeaux. — Bordeaux, 1889, Gounouilhou.

Intéressante observation d'hystérie survenue chez un homme de 34 ans, à la suite d'une chute à fond de cale dans un navire, de vingt mètres de hauteur. Les accidents ont débuté par des troubles du côté de la face, troubles d'abord d'un diagnostic difficile, puis qui se sont assez nettement accentués pour pouvoir être rangés dans l'hémispasme glosso-labié des hystériques. Stigmates habituels : hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, etc.... Le malade était tombé sur des tonneaux que son talon avait frappés violemment. Il est resté dans la suite une hyperesthésie du talon, que l'on doit probablement aussi rapporter à l'hystérie. Ce cas est encore particulièrement intéressant en ce sens que les accidents hystériques ont guéri en quelques mois, ce qui ne se produit pas fréquemment dans l'hystéro-traumatisme. Fait important à noter : le malade avait des antécédents nerveux héréditaires et personnellement avait toujours été, pendant toute sa vie, un bizarre, un excité, à existence singulièrement mouvementée et orageuse. A signaler également les troubles particuliers dans l'émission des mots articulés, dus sans doute au spasme de la langue et un trouble dans l'écriture, que les auteurs rattachent à cette sorte de graphie qui a été signalée par M. le Pr Charcot comme accompagnant quelquefois par exception le mutisme hystérique.

Traité de Pathologie et Clinique infantile ; par M. le Dr DESCROIZILLES, médecin des hôpitaux. — Paris, Lecrosnier et Babé, éditeurs, 1890.

M. le Dr Descroizilles vient de faire paraître la deuxième édition de son traité élémentaire de pathologie et de clinique infantile. Sous ce titre modeste, cet ouvrage constitue un résumé très complet et très étendu de la pathologie de l'enfance, comprenant non seulement les affections médicales, mais les affections chirurgicales les plus importantes. Au point de vue scientifique, on doit particulièrement signaler dans cette deuxième édition le soin avec lequel sont résumées les recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques les plus récentes. Au point de vue pratique, une très large part a été faite dans chacun des chapitres au traitement. Là encore l'ouvrage est mis au courant de la science et les médications nouvelles se trouvent exposées et discutées sommairement.

Dr A.-F. PLICQUE.

Traitement de l'Angine diphtéritique; par M. PETRINI (de Galatz). — Communication faite au Congrès international de Berlin, août 1890. — Paris, O, Berthier, éditeur.

Ce traitement est basé sur ce qu'il faut, par tous les moyens antiseptiques en notre pouvoir, empêcher la pullulation des bacilles de la diphtérie et ne pas s'adresser seulement à un seul de ces agents. Les lavages et attouchements de la gorge sont répétés 20 à 30 fois en 24 heures. Les premiers sont faits avec l'eau boriquée ou l'eau de chaux ; les attouchements avec le mélange suivant :

Hydrate de chloral	. . . . .	4 gram.
Acide salicylique	. . . . . .	2 gram.
Glycérine	. . . .	50 gram.

En même temps, on donne au malade à l'intérieur, toutes les heures, une cuillerée à café alternativement des 2 potions suivantes :

1° Infusion de tilleul	. . . . .	125 gram.
Sublimé corrosif	. . . . .	0,002 millig.
Sirop de tolu	. . . . . .	30 gram.

en augmentant le sublimé suivant l'âge.

2° Infusion de tilleul	. . . . .	125 gram.
Chlorate de potasse	. . . .	2 gram.
Sirop de térébenthine	. . . .	25 gram.

Avant chaque repas, on donne à l'enfant 10 à 15 gouttes de perchlorure de fer. Les petits malades sont alimentés avec du vin, du lait, le plus possible. Sur 82 cas signalés par le Dr Petrini, 51 ont guéri et 31 sont morts ; parmi ces derniers, 19 déjà très malades avant l'entrée ne sont restés que 1 à 2 jours dans son service. Les vêtements sont désinfectés à l'arrivée du malade ; et dans les salles on fait des vaporisations à l'eau phéniquée à 2 0/0. La statistique du Dr Petrini est excellente et ses résultats dépassent de beaucoup ceux des hôpitaux d'enfants de Paris pris en masse (43 0/0 en 1883). Mais il faut tenir compte que, dans cette dernière statistique, on comprend les angines diphtéritiques et les croups, tandis que l'auteur n'a presque que des cas d'angine guéris à son actif. De plus, n'est-il pas à craindre d'intoxiquer les enfants en leur donnant du sublimé à l'intérieur, étant donné leur grande susceptibilité pour cette substance. A. R.

Précis d'électrothérapie ; par le Dr Larat. — Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris, 1890.

Le manuel paraît de nature à répandre des connaissances utiles parmi les praticiens qui voudront appliquer l'électro-thérapie. Il comprend quatre parties. L'une rappelle les principes de physique appliqués en électricité : on y trouve une description succincte, mais suffisante, des appareils et de l'électricité statique, dynamique et faradique, ainsi que celle des principaux instruments qui servent au diagnostic, à l'électro-physiologie et à la galvano-caustique. La deuxième partie est consacrée à l'électro-physiologie : électricité galvanique naturelle et action physiologique comparée des divers courants sur l'organisme. La technique de l'examen électrique et l'électro-diagnostic forme une troisième partie très importante, mais qui, à notre avis, aurait dû prendre un peu de la place excessive accordée à la dernière partie. Celle-ci s'occupe de l'électrothérapie proprement dite. L'auteur nous y indique les procédés qu'il préconise spécialement pour le traitement de chaque maladie. Ce sont surtout les affections nerveuses et celles de l'appareil génito-urinaire qui seraient justiciables de l'électro-thérapie. Il nous a semblé que M. Larat était surtout partisan de l'électrisation statique et galvanique et réduisait bien le rôle de la faradisation. Somme toute, livre de vulgarisation utile. Paul Blocq.

Précis des méthodes électrothérapiques ; par H. Baraduc. Lecrosnier et Babé, Paris. 1889.

Cet opuscule me paraît surtout destiné au public « extra-médical » et conçu dans un but que je n'apprécierai pas. Aussi me dispenserai-je de décrire les conceptions de l'auteur sur les diathèses « crisiaque, dénutritive, inhibitrice, contracturante, choréique..., etc. », et les pratiques thérapeutiques curatives déduites de semblables théories. Paul Blocq.

L'Amour morbide (*Étude de psychologie pathologique*) ; par le Dr E. Laurent. Paris, 1891.

Parmi les stigmates de la dégénérescence mentale, le syndrôme « obsession » occupe une place importante. On sait que le caractère essentiel de l'obsession est de s'imposer contre la volonté de l'individu, qui ne sait même pas pourquoi telle idée lui est venue et qui ne peut d'aucune façon s'en débarrasser. Sous le nom d' « Amour morbide », M. Laurent entend une obsession amoureuse au même titre que l'on admet en pathologie mentale des obsessions homicides, suicides, etc. Par des observations très nombreuses, l'auteur arrive facilement à prouver que l'amoureux obsédé est le plus souvent un déséquilibré, un héréditaire dégénéré. J. R.

Dei funghi velenosi ; par G. Sapolini. — Milano. G. Civelli, in-8° de 24 p. avec 7 pl. en couleur, 1890.

Cette brochure est, le résumé d'une conférence faite devant la Société italienne d'Hygiène, à Milan. Dans un langage familier et débarrassé autant que possible de termes techniques, l'auteur expose les caractères généraux des principaux types de champignons que, en raison de leur grande taille, on pourrait être tenté de manger. Il décrit ensuite d'une façon plus détaillée, et figure avec assez de précision, les sept principaux agarics vénéneux, entre autres les *Amanita mappa, muscaria, pantherina* et *verna*. R. Bl.

Les conceptions modernes sur la structure du foie ; par A. Pilliet, aide-préparateur d'histologie à la Faculté de médecine, interne des hôpitaux. (Extrait de la *Tribune médicale*)

Après avoir exposé la théorie ancienne sur le lobule hépatique, c'est-à-dire le lobule à centre formé par la vésiculo hépatique, théorie encore exposée dans la plupart des livres classiques, M. Pilliet montre comment, par l'étude de l'embryologie et de l'anatomie comparée, on peut arriver à concevoir le lobule du foie d'une autre façon. Cette conception est celle de la glande hépatique : *glande vasculaire sanguine*, étudiée par Robin, Renault. On voit, par ces comparaisons, que toutes les travées cellulaires sont orientées de la veine centrale de l'ancien lobule à la périphérie et peuvent être regardées comme autant de glandes en tube, entourées par les capillaires venus de la veine porte. Le développement du foie par des bourgeons épithéliaux venus de l'intestin, s'enfonçant dans le tissu mésodermique de l'embryon et s'y ramifiant jusqu'à prendre la direction en roue que nous indiquions, trouve une analogie dans le développement du thymus, du corps thyroïde, qui se compose de bourgeons épithéliaux pénétrant dans le tissu mésodermique et morcelés par les vaisseaux. Mais cette idée de la glande hépatique vasculaire sanguine ne fait que rapprocher l'étude d'une conception réelle du foie, sans fournir la clef des phénomènes pathologiques observés par le clinicien. Le schéma de M. Sabourin nous rend compte de ces différentes lésions et satisfait à l'analogie de la structure du foie avec celle des autres glandes sécrétantes, ou encore au poumon. C'est basé d'abord sur l'anatomie pathologique, puis sur l'embryologie que M. Sabourin a établi cette nouvelle conception de la *glande biliaire*. Le centre du lobule est placé par lui au niveau de l'espace porte, marqué par le canal excréteur biliaire accompagné de la veine porte et de l'artère hépatique, de même que dans le lobule pulmonaire le centre est marqué par la bronche intralobulaire, entouré de l'artère pulmonaire et de l'artère bronchique. La circulation veineuse, périphérique du lobule est formée par les veines sus-hépatiques comme dans le poumon, par les veines pulmonaires. Le lobule biliaire est ainsi l'interversion du lobule hépatique ancien.—Le travail de M. Pilliet est un résumé clair des différentes théories sur la structure du foie ; il facilite la compréhension des nouvelles idées sur ce sujet, fort bien exposées dans le livre de M. Sabourin, mais longues et ardues à lire pour l'étudiant et pour le médecin.

Hypnotisme. (*Etats intermédiaires entre le sommeil et la veille*) ; par Coste-Delagrave.— J.-B. Baillière et fils, in-16, 1888.

Entre les états profonds de l'hypnotisme (léthargie, catalepsie, somnambulisme) et la veille il existe des états intermédiaires, que l'auteur se propose d'étudier. Ce sujet serait très intéressant, s'il était bien traité. Mais c'est en vain qu'on cherche dans le livre de M. Coste Delagrave la description de ces états intermédiaires dont il parle. Il passe rapidement en revue les modifications que l'hypnose imprime aux fonctions nerveuses, puis le sommeil naturel qu'il divise en profond ou passif, et sommeil avec rêve ou actif.

Comme état intermédiaire il ne cite que le *sommeil naturel avec faculté de parler* et encore il en affirme l'existence bien plus qu'il n'en démontre la réalité. Le reste du livre est consacré à l'étude de la suggestion chez l'individu qui veille, à la responsabilité des hypnotiques, à l'éducation morale des criminels et des vicieux par l'hypnotisme, et à une comparaison des différents procédés d'hypnotisation, mais dans tout cela rien de saillant ni de personnel, rien qui puisse faire avancer d'un pas la question si délicate, en effet, des limites qui séparent la veille de cet état spécial, qu'on nomme bien à tort d'ailleurs *sommeil* hypnotique. L. R. Regnier.

Le Choléra en 1890 ; par le Dr F. de Backer. — Paris, G. Masson, éditeur, 1890.

Ce travail est un ouvrage populaire concernant la question de la contagion du choléra et les mesures prophylactiques à mettre en usage contre lui. Il résume les études récemment faites sur ce sujet, montrant que le choléra est dû à la multiplication dans le corps humain d'un microbe produisant des substances excrétées, poisons du système nerveux. On retrouve ce microbe dans les matières organiques en décomposition, et il faut surtout le rechercher dans les eaux et certaines matières solides. Traitant la partie pratique, l'auteur montre qu'on doit écarter de soi le choléra par l'antisepsie externe et interne : désinfecter les vêtements, objets ayant pu être contaminés, surveiller la provenance des ingesta, surtout des eaux, faire bouillir ces dernières s'il y a lieu, suivre une bonne hygiène. Le choléra peut être guéri lui même par l'antisepsie intestinale, le type de ces désinfectants étant le naphtol β. A. R.

Quelques considérations sur les causes de l'immunité acquise contre les maladies infectieuses; par le Dr Jasiewicz.

Ceci est écrit à propos de la leçon de M. le Professeur Bouchard sur la vaccination par les substances solubles que fabriquent les microbes. Heureusement que M. Jasiewicz partage les conclusions de M. Bouchard; mais, il y a un mais : en faisant cette réserve que l'immunité conférée par la maladie ou la vaccination est toujours temporaire. Apprenez aussi que Jenner est mort, mais sans se douter qu'il a commis une mauvaise action, car, si la variole a diminué, la fièvre typhoïde a augmenté. Ça, c'est la modification des maladies et des virus.

VARIA

Vaccination et revaccination.

Pour compléter les renseignements que nous avons donnés relativement à la revaccination des étudiants en médecine et en pharmacie (p. 61), aux mesures contre la variole (p. 68), nous croyons utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs la circulaire suivante adressée il y a déjà quelque temps aux directeurs des hôpitaux par M. le Dr Peyron, directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique, et concernant la revaccination du personnel secondaire.

Monsieur le Directeur,

Un certain nombre de cas de variole se sont déclarés l'année dernière, et cette année encore, dans plusieurs hôpitaux, à la suite du maintien dans ces établissements de malades varioleux qui avaient été déclarés par les chefs de service non transportables à l'hôpital d'isolement de la porte d'Aubervilliers. M. le Ministre de l'Intérieur s'est ému de ces faits, et il a saisi officiellement le Comité consultatif d'hygiène de France de la question de savoir quelle conduite il conviendrait de tenir dans le cas où le Comité n'estimant pas qu'on puisse à l'avance déclarer que tous les varioleux, sans exception, doivent être transportés à l'hôpital d'isolement, il y aurait lieu de prévoir que, dans certains cas exceptionnels, un malade atteint de variole doive être maintenu dans un hôpital.

En attendant l'avis que le Comité consultatif pourra émettre, le devoir de l'Administration est de prendre les mesures nécessaires pour éviter toute propagation de la variole lorsqu'un chef de service aura déclaré qu'un malade atteint de cette affection n'est pas transportable. Je vous rappellerai d'abord que vous devez m'aviser immédiatement de la nécessité où vous pouvez vous trouver de conserver dans votre établissement un malade varioleux, et que vous engageriez gravement votre responsabilité si vous négligiez ce soin.

A cet avis immédiat, vous joindrez un certificat du médecin qui a décidé le maintien, attestant que le transport aurait mis en péril la vie du malade. Dès que la maladie aura été reconnue, et l'impossibilité du transport constatée, le malade sera placé, sans aucun retard, dans un local éloigné autant que possible des autres services, où il puisse être complètement isolé. J'insiste particulièrement sur ce point, parce que, sous aucun prétexte, le malade ne pourra être conservé, même pendant quelques heures, dans la salle commune. Si votre établissement ne possède pas de local spécial; vous devrez mettre tout en œuvre pour faire face aux difficultés que vous pourriez rencontrer, et empêcher le contact avec les autres malades. Vous m'adresserez ensuite, dans le plus bref délai, des propositions concertées avec M. l'inspecteur et l'architecte pour approprier ou, s'il le faut, créer le local. MM. les inspecteurs et MM. les architectes ont reçu d'ailleurs, à cet égard, des instructions spéciales. Mais ces précautions ne peuvent contribuer à écarter le danger de propagation qu'à la condition d'être accompagnées d'autres mesures plus indispensables encore.

Parmi ces mesures figure en premier lieu l'isolement du personnel attaché au malade varioleux. Il ne suffit pas que le malade soit isolé, si le personnel qui l'entoure et le soigne peut communiquer directement avec le dehors, et devenir ainsi le véhicule de germes infectieux.

L'isolement du personnel qui soignera les varioleux doit donc être complet, absolu. Ce personnel ne doit avoir aucune communication avec le reste de l'hôpital; il doit coucher, manger près du malade, en un mot être immobilisé à son service. Cette situation vous impose l'obligation d'être toujours en mesure de distraire de vos services une infirmière de jour et une infirmière de nuit. Je n'ai pas besoin de vous dire que, si l'organisation de vos cadres ne vous permettait pas cette affectation spéciale de deux personnes, je vous autoriserais, sur votre demande, à prendre le personnel supplémentaire qui vous serait momentanément nécessaire. Je suis tout disposé, d'autre part, à faciliter le recrutement du personnel à attacher à un malade varioleux, en lui accordant la haute paie allouée aux infirmiers ou infirmières des services de maladies contagieuses.

Il ne faut pas perdre de vue, cependant, que ce personnel ne saurait être exempté, par cela même qu'il sera séparé du reste de l'hôpital, de s'astreindre à des soins de désinfection. Il ne peut être, en effet, constamment enfermé avec le malade. Il est nécessaire qu'il sorte pour changer d'air. Vous devez alors veiller par vous-même à ce que les infirmières ne quittent pas le local d'isolement sans avoir pris la précaution de se laver la figure et les mains avec un désinfectant, et sans avoir changé de vêtements. Ces précautions doivent s'étendre au personnel médical et vous êtes autorisé dès maintenant à lui donner tous les moyens d'éloigner la contagion, en mettant par exemple à sa disposition, à l'entrée de la chambre d'isolement, les blouses qui sont données aux chefs de service et aux élèves attachés aux services d'isolement des maladies contagieuses, ainsi que les liquides désinfectants.

L'autre mesure indispensable qui doit compléter les précautions prises pour l'isolement du varioleux, est la revaccination générale, non seulement des malades, mais de tout le personnel de l'hôpital. Elle s'impose d'ailleurs à un double titre en présence de l'affluence considérable de personnes étrangères que l'Exposition universelle amène à Paris, et qui pourrait faire craindre une recrudescence possible de la variole.

En ce qui concerne les malades, vous devez, conformément à des instructions déjà anciennes, faire procéder à la vaccination ou à la revaccination de tous les malades entrants, dans la semaine qui suit leur admission, à moins d'opposition formelle de la part des médecins ou des chirurgiens. Or, il est à craindre qu'un grand nombre de malades qui peuvent subir l'inoculation sans danger échappent à cette mesure salutaire, soit par suite de la négligence apportée dans la confection des listes qui doivent être remises au vaccinateur à chacune de ses visites à l'hôpital, soit même parce que ces listes ne lui sont pas remises exactement. Il est donc nécessaire de partir de ce principe, rappelé d'ailleurs dans des instructions précitées, que tous les malades, sauf ceux à qui leur état ne permet pas de subir l'inoculation, doivent être vaccinés ou revaccinés. Chaque surveillante ou sous-surveillante doit demander au chef de service, la veille du jour où a eu lieu la séance de vaccination, non plus la liste des malades pouvant être vaccinés, mais celle des malades qui ne peuvent l'être sans danger.

Il sera bien entendu qu'à l'exception seulement de ces malades, tous les autres devront subir l'inoculation. Le soin d'établir la liste dont il s'agit et de la remettre au vaccinateur

est une des attributions les plus importantes des surveillantes et des sous-surveillantes, et celles qui la négligeraient, malgré vos avertissements, s'exposeraient à des peines disciplinaires que je n'hésiterais pas à leur infliger.

Quant au personnel, il faut, pour rendre les mesures de prophylaxie véritablement efficaces, que les agents de tout ordre, entrant dans un établissement, soient vaccinés ou revaccinés, à moins que tel ou tel de ces agents ne vous fournisse la preuve écrite qu'il a subi récemment l'inoculation dans l'établissement d'où il sort ou en dehors de l'administration.

Vous aurez à m'adresser tous les trois mois un état du mouvement de votre personnel administratif et de votre personnel secondaire et inférieur, avec l'indication de la revaccination opérée dans votre établissement, ou, à défaut, la justification d'une revaccination antérieure, mais appuyée de certificats de date récente.

Il s'agit, dans cette circonstance, de l'intérêt de la santé publique, et aucune des personnes attachées aux différents services de l'hôpital ne peut se soustraire à la règle générale. Vous ne devez pas laisser ignorer à votre personnel secondaire, surtout à celui qui est sans cesse en contact avec les malades, que l'Administration a le droit incontestable de les empêcher de devenir une cause permanente d'épidémie. Vous ferez comprendre à ceux qui hésiteraient ou vous opposeraient un refus, que la revaccination est une mesure prise aussi bien dans leur intérêt que dans l'intérêt de tous, et que, pratiquée dans les meilleures conditions, elle ne saurait entraîner aucune suite fâcheuse. Je vous demande formellement de me signaler ceux de vos agents gradés qui persisteraient dans un refus, qui serait une cause d'exclusion.

Enfin, la mesure générale de la vaccination ou de la revaccination doit être appliquée également aux personnes, n'appartenant pas à l'Administration, qui sont logées dans nos établissements. Il est impossible, en effet, d'admettre que ceux qui n'ont aucun droit à habiter dans nos établissements, qui n'y séjournent que par une bienveillante tolérance, puissent devenir une cause de contagion. Vous voudrez bien tenir la main à ce que toutes les personnes n'appartenant pas à l'Administration et logées dans nos établissements, se soumettent à la règle commune.

Vous communiquerez cette circulaire à MM. les médecins et chirurgiens, et vous insisterez auprès de chacun d'eux pour qu'il porte une attention toute particulière sur la revaccination des élèves attachés à son service.

Je vous prie, Monsieur le Directeur, de veiller personnellement, et avec le plus grand soin, à l'exécution de toutes les prescriptions que contient la présente circulaire, dont vous voudrez bien m'accuser réception.

Recevez, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée. Signé : PEYRON.

En reproduisant cette circulaire, qui a réalisé une réforme que nous avons réclamée tant de fois, notre but est de faire que les excellentes mesures prescrites par M. Peyron ne tombent pas en désuétude. C'est aussi pour que les médecins des hôpitaux de province puissent s'appuyer sur cette circulaire pour procéder à la revaccination du personnel de leurs hôpitaux.

En donnant des instructions dans ce sens aux administrations hospitalières de province, M. Monod rendrait un réel service. Si, depuis le temps qu'on cherche une loi rendant la vaccination et la revaccination obligatoires dont l'application ne pourra être complète qu'après de longues années, toutes les administrations publiques avaient, dans leur sphère, réclamé un certificat de revaccination, ce qui est possible du jour au lendemain, elles auraient limité déjà d'une façon sérieuse l'action des épidémies de variole. Qui empêche M. Léon Bourgeois, ministre de l'Instruction publique, d'étendre l'obligation du certificat de revaccination aux jeunes gens qui viennent s'inscrire dans tous les établissements d'enseignement supérieur, à toutes les Ecoles normales, y compris celle de la rue d'Ulm? Qui empêche la direction des postes et télégraphes de procéder de la même façon ? Ces exemples suffisent pour montrer quelles sont les mesures qu'il est possible de prendre immédiatement et qui prépareraient d'ailleurs le public à accepter plus tard l'*obligation*. B.

Hôpitaux de Paris.

Concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais), et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise). — Le jeudi 12 mars 1891, à une heure précise, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer, et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 16 février 1891 jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement.

Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre. — Seront admis à prendre part à ce concours : Les élèves externes des hôpitaux de Paris; les élèves en médecine de 3e année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris. Les étudiants qui réclameront leur inscription, et qui ne seront pas attachés en qualité d'externes aux hôpitaux de Paris, devront produire : Un certificat de revaccination de date récente ; un certificat de bonnes vie et mœurs délivré par le maire de la commune où ils sont domiciliés ; un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine.

Les élèves externes des hôpitaux de Paris, comme les étudiants de 3e année, ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, formulé par écrit, de rester attachés, pendant une année au moins, à l'hôpital de Berck ou à l'hospice de Brévannes.

Les épreuves pour le concours aux places d'élèves internes à l'hôpital de Berck-sur-Mer et à l'hospice de Brévannes sont réglées ainsi qu'il suit : 1° Une épreuve écrite commune, consistant en une composition sur un sujet d'anatomie et sur un sujet soit de petite chirurgie, soit de pathologie interne ou externe. Il sera accordé aux candidats une heure pour faire cette composition ; — 2° Une épreuve orale sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe. — Pour la nomination des internes de l'hôpital de Berck, cette question pourra être relative à la pathologie infantile. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion.

L'indemnité annuelle attachée aux fonctions d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer est fixée à 1.200 fr., et celle qui est attribuée aux internes de l'hospice de Brévannes à 1.000 fr., indépendamment des avantages en nature du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Nota. — Les certificats délivrés par les médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce concours sera ouvert le samedi 21 mars 1891, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 février 1891, et sera clos définitivement le samedi 7 mars, à trois heures.

Hygiène des Lycées et des Ecoles.

Dans un article très intéressant, publié dans le n° 10 de la *Revue de l'Hypnotisme*, sous le titre de la *Malpropreté facultative*, notre ami, le Dr Galippe, insiste sur la nécessité de se préoccuper, d'une façon plus sérieuse, des soins corporels des élèves, de surveiller très attentivement leur toilette et de leur donner des conseils intelligents à cet égard.

« Nous ne parlerons, dit-il, que pour mémoire de la repoussante saleté de la plupart des cabinets d'aisances et je sais des enfants délicats qui ne fréquentent ces dépotoirs en miniature qu'à la dernière extrémité, tellement ils ont horreur de l'odeur qu'on y respire et des souillures qui peuvent les atteindre. J'en ai connu qui ont beaucoup souffert de cette constipation volontaire, d'autres qui, atteints de diarrhée, restaient toute une semaine salis par leurs déjections. »

Bien des fois nous avons signalé également la nécessité de transformer complètement l'état de choses actuel, non seulement pour les lycées, les écoles de toutes les catégories, mais encore pour les hôpitaux et les casernes. Le plus souvent on nous a répondu que nous nous faisions illusion si nous croyions à la possibilité d'avoir dans ces maisons des cabinets d'aisances propres et bien tenus. Eh bien, nous avons démontré la possi-

bilité d'avoir une propreté parfaite en l obtenant dans notre section à Bicêtre, avec des enfants idiots et imbéciles, et à chaque visite officielle nous avons dit aux visiteurs, plus ou moins étonnés : Le jour où on le voudra sérieusement, on aura la même propreté dans les lycées, les écoles, les casernes et les hôpitaux. A côté de cette réforme, une autre s'impose : c'est l'installation, dans chaque lycée, collège ou pension d'internes, d'un service sérieux de bains et d'hydrothérapie, avec l'obligation imposée aux proviseurs et principaux, de le faire servir chaque jour. B.

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Situation financière pour l'année 1890.

Fonds de la Société (avoir au 1er janvier 1890).

A la Caisse des dépôts et consignations.	28.500 »	
A la disposition du trésorier.	629 95	
Intérêts acquis pour l'année 1889. . . .	975 »	
		30 104 95

Recettes de l'année 1890.

Droits d'entrée.	290 »	
Amendes.	10 »	
Cotisations :		
1° des membres participants	20.340 »	
2° des membres honoraires.	440 »	
Intérêts du compte de la Société générale.	11 50	
Intérêts des capitaux placés pour l'année 1890	1.520 »	
		22.611 50

Somme disponible.

A la Société générale pour indemnités échues.	1.310 »	
		54.026 45

EMPLOI DES FONDS.

Indemnités.

Indemnités payées pour 661 jours de maladie.	6.610 »	
Indemnités échues pour 131 jours de maladie	1.310 »	
		7.920 »

Frais de gestion.

Recouvrement des cotisations.		280 20	
Imprimés, comptes rendus, registres, quittances, lettres de convocation, bulletins de vote, etc.	913 30		
Frais de poste et divers. . . .	143 70	1.297 »	
Frais d'Assemblée générale . .	40 »		
Revision générale de la comptabilité et appointements du comptable	200 »		
			1.577 20

Fonds placés et disponibles.

Fonds placés à la Caisse des dépots et consignations :			
Années antérieures.	28.500 »		
Année 1890.	12.400 »	40.000 »	
Intérêts acquis pour l'année 1890 . . .		1.520 »	
Fonds en compte à la Société générale .	1.707 05		
Fonds disponibles entre les mains du trésorier	402 20	109 »	
		54.026 45	

Avoir de l'Association au 31 *décembre* 1890.

Caisse des dépôts et consignations	40.900 »
Intérêts échus pour l'année 1890.	1.520 »
Espèces entre les mains du trésorier.	402 20
Fonds disponibles à la Société générale.	397 05
	43.219 25

Pour les médecins amateurs de galons.

La plupart des médecins ignorent probablement qu'ils ont le droit de porter un costume, et que ce costume est des plus beaux et des plus riches, et bien autrement distingué que celui des membres de l'Académie. Il existe un décret du 20 brumaire an XII (12 novembre 1803), qui n'a jamais été abrogé, qui a force de loi et qui permet aux simples docteurs de porter un habillement de cérémonie. Voici l'article 2 de ce décret :

« Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelque cérémonie publique et lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront des rapports devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit : robe noire d'étamine avec dos et devant de soie cramoisie bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galons d'or. » (*Gaz. de Gynécologie*).

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 NOVEMBRE 1890, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	16	20	2	38
2e	8	26	5	39
3e	21	36	8	65
4e	39	79	23	141
5e	22	49	12	83
6e	17	29	8	54
7e	14	20	6	40
8e	13	15	4	32
9e	7	17	2	26
10e	17	63	11	91
11e	103	136	59	298
12e	25	46	22	93
13e	43	113	45	201
14e	69	61	40	170
15e	40	80	23	143
16e	16	11	10	37
17e	51	65	22	141
18e	50	113	48	211
19e	61	87	37	185
20e	67	131	84	282
	722	1197	357	2399

MALADIES OBSERVÉES.

A		**E**	
Angines et laryng.	172	Affect. cérébrales	183
Croup	53	Eclampsie. Convuls.	67
Coqueluche. . . .	13	Névralgies	39
Corps ét. de l'oreille.	1	Névroses	71
Corps étrangers de l'œsophage . . .	2	Epilepsie.	20
Ophthalmie	2	Aliénation mentale	7
B		Alcoolisme. Delirium tremens. .	17
Asthme	69	Catalepsie	2
Affections du cœur.	86	Rage.	»
Bronchites aiguës et chroniques. . .	216	Syphilis constitut.	»
Pleuro-pneumonie.	110	**F**	
Congestion pulmonaire	46	Rhumatisme . . .	35
Grippe	»	Affections éruptives	63
C		Pustule maligne. .	»
Affections et troubles gastro-intestinaux	133	Fièvre intermitt. .	3
Cholérine.	64	Fièvre typhoïde. .	29
Dysentérie	2	Hémorrhagies de causes internes et externes. . .	82
Athrepsie	66	**G**	
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	70	Plaies. Contusions.	98
Hernie étranglée .	18	Fractures. Luxations. Entorses .	36
Rétention d'urine .	28	Brûlures	6
Fissure à l'anus . .	2	Congélat. des pieds	»
Orchite	3	Empoisonnements .	17
Chute du rectum .	1	Asphyxie par le charbon	16
Vulvo-vaginite . .	»	— submersion.	3
D		Suicide	4
Métrite. Métro-péritonite	61	**H**	
Métrorrhagie . . .	59	Morts à l'arrivée du médecin	49
Fausse-couche . .	67		
Accouc. Délivrance	181		
Accouc. non terminé	44	Total. . . .	2390

La moyenne des visites par nuit est de 26 20/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 28,43/100
Les hommes entrent dans la proportion de 30 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 20 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1889 . .		2,616
— —	1890. .	2,390
Différence en plus.		226

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1890.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre. . . .	837	1.263	409	2.509
2e Trimestre. . . .	628	1 037	446	2.111
3e Trimestre. . .	660	1 073	357	2.100
4e Trimestre. . . .	722	1.197	471	1.390
	2.857	4.590	1.683	9.110

Pour l'année 1889, le nombre des visites de nuit était de. .	8.544
Pour l'année 1890, — — . .	9.110
Différence en plus pour 1890	566

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit

1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année. 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, 6.895 visites de nuit.
1884. 9e année, 8.712 visites de nuit.
1885. 10e année, 7.494 visites de nuit.
1886. 11e année, 7.553 visites de nuit.
1887. 12e année, 7.168 visites de nuit.
1888. 13e année, 7.408 visites de nuit.
1889. 14e année, 8.544 visites de nuit.
1990. 15e année, 9.110 visites de nuit.

Le service a été assuré pendant l'année par 520 médecins, 505 sages-femmes et 536 pharmaciens.

Conseil d'Hygiène et de Salubrité de la Seine.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine s'est occupé du rapport de M. Lancereaux sur les *mesures de précaution à prendre par les dentistes pour éviter la transmission des affections contagieuses*. M. le docteur Dujardin-Beaumetz a demandé quelle sanction pourrait être donnée aux conclusions de ce rapport. M. le docteur Proust a répondu que c'étaient là de simples conseils, mais qu'il serait bon de les donner, qu'il serait même utile d'adresser des conseils analogues aux médecins auristes.

M. Lépine, secrétaire général, a demandé à préciser la portée pratique des conclusions du rapport :

Evidemment, il ne peut être question de frapper de pénalités les contrevenants, d'exercer à leur égard une coercition, ou même de les rappeler par une surveillance de police à l'observation de ces prescriptions. Quelle est donc la sanction qu'il est permis de leur donner? La sanction, elle réside uniquement dans les termes de l'article 1383 du Code civil et dans l'interprétation que la doctrine et la jurisprudence sont d'accord pour lui donner : « Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. » Sans doute, l'exercice de la médecine ou de la chirurgie, au point de vue scientifique, ne peut entraîner aucune responsabilité, mais cette responsabilité apparaît lors qu'en dehors de la question médicale, une négligence, une faute lourde peut être imputée au praticien ; en d'autres termes, toutes les fois qu'une faute grave est relevée contre lui, non pas au point de vue des doctrines, théories ou méthodes scientifiques, mais à celui des règles générales de bon sens et de prudence auxquelles est assujetti l'exercice de toute profession ; c'est ce que la cour de cassation a maintes fois jugé. En faisant à notre espèce l'application de ces principes, il en résulte que le praticien dentiste, auriste, etc., qui, pour avoir négligé de suivre les sages avis que lui adresse le conseil d'hygiène, communiquerait à ses clients une maladie contagieuse, commettrait une imprudence coupable, une négligence grave, une faute lourde, dans le sens de l'article 1383.

MM. Léon Faucher et Linder pensent qu'il suffit de mentionner cette observation dans le corps du rapport et qu'il n'y a pas lieu de la faire figurer dans les conclusions. — Après ces observations, le Conseil prie M. Lancereaux d'examiner les modifications qu'il conviendrait d'apporter à son rapport, qui reviendra en discussion à la prochaine séance.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, A. Robin, Marie. — (2e *Série*) : MM. Straus, Déjerine, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

MARDI 17. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Hanot, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Guyon, Campenon, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Nelaton.

MERCREDI 18. — Médecine opératoire : MM. Terrillon, Reynier, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Segond, Ricard.

JEUDI 19. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Schwartz, Bar.

VENDREDI 20. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Terrillon, Ribemont-Dessaignes, Tuffier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Grancher, Brissaud, Marie. — (2e *Série*) : MM. Potain, Netter, Déjerine.

SAMEDI 21. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Debove, Gilbert. — (2e *Série*) : MM. Peter, Dieulafoy, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 18. — M. Leplat. Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire. — M. Cordillot. Etude sur l'arthrectomie dans les arthrites fongueuses du genou. — M. Lefèvre. Contribution à l'étude de la diphtérie. De l'examen bactériologique de la fausse membrane diphtérique. Son importance au point de vue du diagnostic. — M. Perret. Considérations sur les néoplasmes primitifs des nerfs des membres.

JEUDI 19. — M. Guibert. La vision chez les idiots et les imbéciles. M. Frey Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. — M. Foure. De la chromhidrose. Chromocrinie partielle et cutanée de M. Le Roy de Méricourt. Essai historique. — M. Durand. Etude historique et critique sur la scarlatine puerpérale.

Enseignement médical libre.

Médecine légale (*aliénation et criminalité*). — M. le Dr DUBUISSON, le jeudi à 4 h. 1/2, à la Faculté de droit.

Thérapeutique oculaire. — M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

Cours d'accouchements : MM. les Docteurs BOISSARD, ancien chef de clinique d'accouchements, et LEPAGE, ancien interne des hôpitaux, commenceront un nouveau cours d'accouchements le *lundi* 16 *février* à l'Association générale des Etudiants, 41, rue des Ecoles. Ce cours *gratuit* aura lieu tous les jours à 5 heures; il sera complet en 30 leçons et comprendra des exercices pratiques sur le mannequin. Pour s'inscrire, s'adresser au Dr Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou au Dr Lepage 10, rue Godot de Mauroi.

Technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX recommencera son cours de technique microscopique et de diagnostic d'anatomie pathologique le 23 février, à 4 heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Essentiellement pratique, il est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses réclamées par les besoins de la profession médicale. Pour cela, les élèves seront exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, chez le Dr Latteux, de midi 1/2 à 1 h. 1/2.

2e *Cours de gynécologie opératoire* (*Policlinique de Paris*). — Le Dr VULLIET, professeur à la Faculté de Genève, le Dr LUTAUD, médecin adjoint de Saint-Lazare, et le Dr Ad. OLIVIER, chef du service des maladies des femmes, commenceront un second cours de *gynécologie opératoire*, le mardi 17 février, à 2 heures de l'après-midi. Ce cours est destiné aux jeunes médecins et aux étudiants en médecine à la fin de leurs études ; ils pratiqueront les opérations soit directement, soit comme aides. S'inscrire d'avance à la Policlinique, le nombre des élèves étant limité.

FORMULES

VII. — Potion anthelminthique. (LEMÉRÉ).

Extrait éthéré de fougère mâle .	6 grammes.
Calomel.	0 gr. 60 centig.
Eau distillée. . . . . } Sirop de gomme . . . . }	16 grammes.
Gomme arabique pulvérisée . . .	4 —

Cette potion, de consistance sirupeuse, doit être prise en une fois par un adulte. Pour les enfants de 6 à 12 ans, la dose d'extrait éthéré est de 4 gr. et celle de calomel de 0 gr. 40 centig.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er févr. 1891 au samedi 7 février 1891, les naissances ont été au nombre de 1423 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 505 ; illégitimes, 202, Total, 707. — *Sexe féminin* : légitimes, 513 ; illégitimes, 203, Total, 716.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er fév. 1891 au samedi 7 février 1891, les décès ont été au nombre de 1105 savoir : 574 hommes et 531 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 5, T. 14. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 6, F. 13, T. 19 — Scarlatine : M. 2, F. 0, T. 2. — Coqueluche : M. 4, F. 2, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 22, F. 17, T. 39. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 132, F. 95, T. 227. — Autres tuberculoses : M. 22, F. 4, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 25, T. 38. — Méningite simple : M. 23, F. 13. T. 36. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 25, T. 57. — Paralysie : M. 2, F. 6, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 3, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 34, T. 64. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 19, T. 36. — Bronchite chronique :

M. 19, F. 26, T. 45. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 17, T. 36 — Pneumonie : M. 34, F. 36, T. 70. — Gastro-entérite, biberon, M. 15, F. 11, T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1 T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 17, F. 13, T. 30. — Sénilité : M. 11, F. 28, T. 39. — Suicides : M. 10, F. 2, T. 12 — Autres morts violentes : M. 4, F. 4, T. 8. — Autres causes de mort : M. 114, F. 104, T. 218. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 7, T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 109, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 50, illégitimes, 16. Total : 66. — *Sexe féminin* : légitimes, 25, illégitimes, 18. Total : 43.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.—M. ALLARD (F.-P.-N.), licencié ès sciences physiques, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, des fonctions d'aide de physique à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. André, décédé.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. LAFAY (Laurent), bachelier ès lettres, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie (2e année) à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Guerbert, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — M. FRANÇOIS, secrétaire des Facultés des sciences et des lettres et de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en congé, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. — M. GIRARD, bachelier ès lettres, délégué dans les fonctions de secrétaire des Facultés des sciences et des lettres et de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé secrétaire desdits établissements, en remplacement de M. François, admis à la retraite.

L'ECOLE D'INFIRMIÈRES DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ DE TOKYA, dit *The Sei-J. Kawi Médical Journal* (25 octobre 1890, p. 189), exige deux années d'études et comprend l'anatomie, la physiologie, les pansements, l'enseignement théorique et pratique, l'hygiène et l'anglais. 20 filles y sont admises chaque année. Il y a actuellement dans cet hôpital 67 infirmières, et *n'importe qui peut choisir l'une d'entre elles* pour la prendre comme garde-malade en ville. — Voilà une mesure que nous réclamons en vain depuis bientôt *douze ans*.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés, pour l'année 1891, vice-président du Conseil supérieur de l'instruction publique : M. Berthelot, membre du Conseil; Secrétaire : M. Liard, membre du Conseil.

EPIDÉMIES. — *La fièvre aphteuse dans l'Est.* — La fièvre aphteuse vient de se manifester subitement en Meurthe-et Moselle, sur plusieurs points à la fois. Elle a été constatée dans deux étables à Nancy et dans les communes rurales de Lorey, Virecourt et Port-sur-Seille. Toutes les mesures sanitaires prévues par les règlements ont été ordonnées par l'administration.

Fièvre typhoïde à Brest. — M. Bérenger-Féraud, président du Conseil supérieur de santé de la marine à Paris a terminé son enquête sur les causes des épidémies qui ont sévi à Brest et à Cherbourg sur les troupes de la marine. Il s'est de plus assuré que toutes les mesures d'assainissement prescrites par le ministre étaient en voie d'exécution. Les troupes ne rentreront dans les casernes que quand celles-ci auront été nettoyées et fumigées à fond et quand les stérilisateurs d'eau fonctionneront.

Fièvre typhoïde dans le Nord. — On nous écrit qu'à Deulemont (Nord), environ quatre-vingts personnes, sur une population environ de dix-huit cents habitants, sont atteintes de la fièvre typhoïde.

HOPITAL SPÉCIAL POUR LES ÉTUDIANTS A VIENNE. — On a inauguré récemment à Vienne un hôpital destiné exclusivement aux étudiants malades. Cet hôpital renfermera 37 lits, dont 9 pour la chirurgie et 8 pour les maladies infectieuses. Les services seront faits : médecine, par le Dr Padtenbacher, directeur ; chirurgie : M. von Dittell ; dermatologie : M. Lang.

HYGIÈNE ET INDUSTRIE LAITIÈRE. — A la Société d'agriculture, dans la dernière séance, après une allocution de M. Hardon, MM. Kaiser, professeur à l'Institut agronomique et Ferdinand Jean, directeur du laboratoire de la Bourse du commerce, ont parlé de la microbiologie au service de l'industrie laitière. Enfin, après une longue discussion sur la question de la margarine, l'assemblée a voté à l'unanimité un vœu réclamant des mesures législatives extrêmement sévères pour la répression de la fraude à laquelle cette industrie donne lieu.

INFLUENZA A VIENNE. — A Vienne, il y a eu en 1889-90, 42,794 cas d'influenza, avec 338 morts. Il est mort 2,893 personnes d'influenza en Autriche pendant la dernière épidémie.

LA LOI SUR LES UNIVERSITÉS. — La commission des Universités, nommée par le Sénat, réunie, il y a 12 jours, sous la présidence de M. Jules Simon, a fait l'examen de l'article 7 du projet concernant les attributions des conseils des Universités. Ayant admis en principe que des cours libres pourraient avoir lieu dans chaque Université, elle a laissé aux conseils le soin de déterminer le programme de ces cours et d'en fixer la réglementation.

L'ETAT SANITAIRE DANS LE GOUVERNEMENT DE PARIS. — Quelques journaux ont annoncé qu'une épidémie grave de fièvre scarlatine sévissait sur les troupes de la garnison de Versailles. Renseignements pris, l'état sanitaire ne cause aucune inquiétude. La vérité est qu'à la suite des grands froids que nous venons de subir il s'est produit une augmentation dans le chiffre des entrées à l'hôpital. Tous les ans, d'ailleurs, ce fait se produit à la même époque. Mais cet état de choses n'est pas particulier à la garnison de Versailles. Il provient surtout de ce que, conformément aux ordres donnés par le commandement, on ne conserve actuellement dans les infirmeries régimentaires que les hommes ayant simplement besoin de quelques jours de repos. Malgré cette réglementation nouvelle, les hôpitaux militaires sont loin d'être encombrés, comme les hôpitaux civils : au Gros-Caillou, notamment, il y a plus de cent cinquante lits vacants. Le général Saussier s'est rendu compte par lui-même de la situation sanitaire et s'est assuré en même temps que les mesures de sage prévoyance dont il a pris l'initiative sont ponctuellement exécutées. Plusieurs hôpitaux et infirmeries régimentaires ont reçu, ces jours derniers, la visite du gouverneur militaire de Paris.

LA TUBERCULINE DE KOCH. — Le Dr Koch vient de donner officiellement le nom de *Tuberculine* à sa lymphe. Tous les flacons qui sortent du laboratoire dirigé par le docteur Libbertz portent ce nom inscrit sur leurs étiquettes. La lymphe de Koch est tombée, depuis quelque temps, en Allemagne, dans un discrédit tel que l'empereur, le chancelier, le Conseil fédéral et le Reichstag viennent de recevoir une pétition demandant que l'usage de ce spécifique soit officiellement interdit. La pétition a été rédigée par M. Viereck, ancien député socialiste au Reichstag.

RÉGIME SANITAIRE DE LA FRANCE. — A l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences morales et politiques, M. le Pr Proust, de l'Académie de médecine, a donné lecture d'un travail sur le *régime sanitaire de la France envisagé surtout au point de vue international.* L'histoire des maladies des peuples ne peut plus être séparée de l'histoire de la civilisation. C'est en attaquant l'ignorance, l'intempérance et l'imprévoyance que l'on évitera ces grandes épidémies faméliques dont le typhus est l'inséparable cortège. « Le typhus, a dit Virchow, est un châtiment qu'un peuple s'inflige à lui-même par son ignorance et son indifférence. » Sous ce rapport, de grands progrès ont déjà été réalisés, et cependant l'Irlande et la Prusse orientale sont toujours sous l'imminence des mêmes désastres et il suffit d'une mauvaise récolte pour placer ces populations sous le coup de la disette et du typhus. A ce propos, M. Proust a fait l'historique, à toutes les époques et chez les principaux peuples, des trois maladies ressortissant de l'hygiène internationale : la peste, la fièvre jaune et le choléra, et examiné les mesures qui doivent nous protéger contre leur invasion. Il a annoncé en terminant que, dans une prochaine communication, il ferait l'histoire des différentes conférences internationales et tenterait de préciser l'orientation actuelle de notre politique sanitaire.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés dans le corps des médecins coloniaux : Médecin inspecteur de 1re classe : M. Treille, médecin inspecteur de 2e classe des colonies. Médecins en chef de 2e classe : MM. Cauvy et Ayme, médecins principaux de la marine. Médecins principaux : MM. Clavel, Hercouet et Rangé, médecins de 1re classe de la marine.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE ET EAUX THERMALES. — *Traitement thermal à l'usage des officiers.* — Les officiers de tous grades de l'armée active sont admis à jouir d'une réduction de 50 0/0 sur les tarifs en vigueur à l'établissement thermal de Chatel-Guyon (Puy-de-Dôme), pendant les mois de mai, juin, septembre et octobre, à l'exclusion des mois de juillet et août.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — *L'Hôtel de l'Association des Etudiants de Montpellier.* — Le 4 février, en présence de M. Lavisse, délégué par le ministre de l'Instruction publique, du recteur de l'université, des professeurs de nos diverses Facultés et de toutes les autorités civiles et militaires, a eu lieu l'inauguration de l'hôtel que l'Association générale des étudiants a fait construire à ses frais sur le terrain à elle concédé par la ville. L'Association des Etudiants de Montpellier est la première en France qui ait son hôtel à elle.

VARIOLE A MADRID. — L'épidémie de variole de Madrid diminue. Depuis août on a observé 7,000 cas, dont 2,500 mortels.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Médecine opératoire*, sous la Direction de M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 17 mars 1891. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de 1 heure à 4 heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de 4e année (élèves Docteurs et élèves Officiers de santé). Pour prendre la 16me inscription, ces Etudiants doivent avoir pris part à ces exercices. — Les Etudiants pourvus de 16 inscriptions, les Docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. — *Conditions d'admission* : 1° Les Elèves de 4e année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de Janvier 1891 (14e inscription). 2° Les Elèves pourvus de 16 inscriptions, les Docteurs français et étrangers, devront obtenir préalablement l'autorisation du Doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au Secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les Elèves ayant 16 inscriptions, les Docteurs français et étrangers, qui ont déjà obtenu du Doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1890-91 : Ces élèves seront inscrits sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 fr.). 3° Les Elèves obligés devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2), de midi à 3 heures, du 9 février au 7 mars. — Après cette date, nul ne pourra être admis. — Des lettres de convocation seront adressées au domicile des Etudiants. 4° Les Docteurs et les Elèves non obligés se feront inscrire dans les mêmes conditions, dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr A. BOUSQUET (de Marseille). — M. le Dr Auguste MATHIEU, décédé subitement le 28 janvier 1891, à 78 ans, à la Charité-sur-Loire (Nièvre). — M. le Dr J.-C.-M. TOURETTE, médecin de marine. — M. le Dr DUGOUT-BALLY (de Marseille). — M. le Dr PETIT, médecin de marine. — M. le Dr FOIX (de Salies-de-Béarn).

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale* : M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* : M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

BABINSKI (J.). — **De la migraine ophtalmique hystérique.** Brochure in-8 de 31 pages, avec 1 planche. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr.

POIRIER (P.). — **Pathogénie des kystes poplités.** Brochure in-8 de 15 pages, avec 4 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos abonnés. . . 70 c.

REGNIER (L.-R.). — **Hypnotisme et croyances anciennes.** Volume in-8 carré sur papier Japon, 223 pages, avec 46 figures et 4 planches. — Prix : 6 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 4 fr.

SEGLAS (J.) et SOLLIER (P.). — **Folie puerpérale.** (Amnésie, Astasie et Abasie, Idées délirantes communiquées). Brochure in-8 de 19 pages. — Prix : 75 cent. — Pour nos abonnés. . . . . 50 c.

SEVESTRE. — **Etudes de clinique infantile** (Hospice des Enfants-Assistés) **1885-1889.** — 2e fascicule. Volume in-8 de 174 p. — Prix : 3 fr — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr..

LA LECTURE (*Magazine littéraire*). Journal paraissant les 10 et 15 de chaque mois. Nous donnons ci-après le sommaire du 25 décembre 1890 : BAPST (G.) : Les Panoramas ; — DAUDET (A.) ; Tartarin de Tarascon ; — TINSEAU (L. de) : Les Fureurs du colonel ; — GONCOURT (E. de) : Notules d'hier et d'aujourd'hui ; — LEGOUVÉ (E.) : Soixante ans de souvenirs : — RAMEAU (J.) : Nuit de Nice ; — OHNET (G.) : L'Ame de Pierre ; — ROLLAND (G.) : La Conquête du désert ; — CHAVETTE (E.) : La Question des étrennes. — Prix de l'abonnement : Paris : Un an, 12 fr. ; six mois, 7 fr. ; — Départements : Un an, 14 fr. ; six mois, 8 fr. ; — Etranger (union postale) : Un an, 16 fr. ; six mois, 9 fr. — Prix du numéro : 0,60 c. — Paris. 10, rue Saint-Joseph.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

BALL (B.). — Leçons sur les maladies mentales. (2e édition). Volume in-8° de 1042 pages. . . . . 20 fr.

BOUCHARD (A.). — Nouveaux éléments de pathologie externe, tome II, fasc. 2, — Maladies des régions (Poitrine, voies urinaires, organes génitaux de l'homme et de la femme, membre supérieur et membre inférieur). Volume in-8°, de 988 pages. 6 fr. Prix de l'ouvrage complet, 2 volumes in-8°. . . . . . 24 fr.

TILLAUX (P.). — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie. Volume in-8°, de 1113 pages, avec 310 figures . . . . 26 fr.

ZICHEN (Th.). — **Leitfaden der Physiologischen Psychologie.** In-14 Vorlesungen. Volume in-8 de 176 pages, avec 21 figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Iena, 1891. — Gustav Fischer.

BARRAL (G.). — Lazare Carnot d'après un témoin de sa vie et des documents nouveaux. Volume in-18 de 144 pages, chez l'auteur, Verviers, 1890.

BASTIANELLI (R.). — Pneumotomia por gangrena pulmonare. Brochure in-8° de 20 pages. — Roma, 1890, Tipografia di Innocenzo Artero.

EVREUX (Rapport du directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés d'). Brochure in-8° de 50 pages. — Evreux, 1890. — Imprimerie Quettier.

FRANCKEN (W.). — Etude sur les bains de mer du littoral hollandais. Volume in-8° de 105 pages, avec 46 pages. — Paris, 1890. — Librairie des *Archives d'hydrologie*.

MAYS (T.-J.). — Pulmonary consumption among firemen. Brochure in-8° de 4 pages. — Philadelphia, 1890. — Medical and Surgical reporter.

BILLINGS (J.-S.). — Description of the John's Hopkins Hospital. Volume in-4, de 116 pages, avec 9 figures et 56 pages. — Baltimore, 1890.

NEW-YORK (Twenty-Second annual report of the) dispensary and hospital (for children With opine and hip diseases and other deformities), for the year septembre 1889. Brochure in-8 de 35 pages. — New-York, 1890. — Printed by order of board of trustees.

OLLIVIER (A.). — Rapport au conseil d'hygiène publique et de salubrité sur les travaux des commissions d'hygiène du département de la Seine et des communes de Saint-Cloud, Sèvres et Meudon en 1888. Volume in-4 de 255 pages. — Paris, 1890. — Imprimerie Chaix.

REVERDIN (A.). — Chirurgie et médecine à l'Exposition universelle de 1889. Brochure in-8, de 50 pages. — Vienne, 1890. — Imprimerie A. Schüler.

ROUVIER (J.). — Identité de la dengue et de la grippe, influenza. Brochure in-8 de 48 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, 1890. — Librairie J. Lechevalier.

SAHLI. — Weber Aumaxchung des menschlichen organismus und uber den Werth und die Methoden der Wassorzufuhr in Krankheiten. Brochure in-8 de 12 pages. — Berne, 1890. — Correspondenz-blatt fur Schwieg azerte.

SAHLI. — Ueber das benz oc asaure guaiacol und über die Ursache der günstigen therapeutischen Wirkung der kreosot-und guaia colpröparote bei gewissen Fällen von Lungentuberculose. Brochure in-8, de 8 pages. — Berne, 1890. — Correspondenz-blatt für Schweiz. Aerzte.

SOFFIANTINI (G.). — In che modo dev'esser fatta e quanto tempo durare la cura nello stabilimento termale di acque acidule saine, ferruginose, arsenicali con litina di acquarossa in Valle dblenio. Brochure in-8 de 16 pages. — Milan, 1890. — F. Rei chiedei.

TORDEUS (El.). — Hôpital Saint-Pierre (Service de M. le D^r). Brochure in-8 de 28 pages. — Bruxelles, 1890. — Extrait du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie.*

TOWNSHEND (J.). — A catalogue of some books relating to the disposal of the bodies and perpetating the memories of the dead. Volume in-8 cartonné de 74 pages. — New-York, 1887. — Chez l'auteur.

TRANSACTIONS OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN PHYSICIANS. Volume in-8 cartonné de 275 pages. — Philadelphia, 1890. — Association of American phisicians.

TURCHINI (G.). — Turno elettroterapico (R arcispedale di S. M. Nuova). Note cliniche e statistirhe degli anni 1888-1889. Brochure in-8, de 50 pages. — Firenze, 1890. — Cip. Bonducciana.

WIRREL (Ch.). — De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale. Brochure in-8 de 88 pages. — Paris, 1890. — H. Jouve.

ZUCCARELLI (A.). — La Guistizia sulla buona via e il giudizio su Emilio Caporali, l'agressore del Presidente dei Ministri ou Crispi. Brochure in-8 de 8 pages. — Napoli, 1890. — Stab-Tip. Toco.

MÖBIUS (P.-J.). — Ueber Hemihypertrophie. Brochure in-8 de 7 pages. — Munchen, 1890. — F. Straub.

NENCKI et SAHLI. — Die Enzyme in der Therapie. Brochure in-8 de 3 pages. — Wien, 1888. — Correspondenz-blatt für Schweiz Aerzte.

PETERSON (F.). — A clinical Study of Forty seven cases of Paralysie Agitans. Brochure in-8 de 18 pages. — New-York, 1890. — *New-York Medical Journal.*

PLANELLAS (D.-A.). — Tratamiento de la Histeroptosis o caida del Utero-Tema del Programa del congress medico-internacional celebrado en Barcelona. Brochure in-8 de 28 pages. — Barcelona, 1889. — Imprenta de J. Balmas Planas.

POINCARRÉ. — Rapport sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine en Meurthe-et-Moselle pendant l'exercice 1889. Brochure in-8 de 40 pages. — Nancy, 1890. — Imprimerie Berger-Levrault.

REITMANN et SCHÖNAUER. — Zur Ichtyol behandlung von Frauenkrankheiten. Brochure in-8 de 11 pages. — Wien, 1890. — A. Hölder.

ROBERT (P.-G.). — Etude physiologique sur la digestion et sur la médication chlorhydro-pepsique. Brochure in-8 de 8 pages. — Paris, 1889. — Imprimerie Jules Delorme.

ROSSOLIMO (G.). — Ophtalmoplegia externa polyneuritica (Zur Pathologie der Tabes). Brochure in-8 de 10 pages. — Leipzig, 1890. — Veita Comp.

SCHOOFS (E.). — Contribution à l'étude de la propagation de la fièvre typhoïde par les eaux potables. Brochure in-8 de 4) pages. — Paris, 1890. — H. Jouve.

SORIANO (M.-S.). — Memorandum de la Academia nacional de Medicina de Mexico para lano de 1890 á 1891. Brochure in-4 de 12 pages. — Mexico, 1890. — Imprenta del Gobierno Federal.

TESTI (A.). — Contribuzione allo studio delle varie forme di epatite. Brochure in-8 de 39 pages. — Faeza, 1890. — Ditta Tipo-Litografica.

TESTI (A.). — Il raddoppiamento del secondo tono e l'ipertrofia del ventricolo sinistro nella Stenosi mitralica. Brochure in-8 de 9 pages. — Faenza, 1890. — *Rivista generale italiana di clinica medica.*

ABBÉ (R.). — Spinal surgery a report of eight cases. Brochure in-8 de 31 pages. — New-York, 1890. — Trow's printing and bookbinding C°.

BREMER et CARSON. — A case of brain tumor (Angioma cavernosum). Causing spastic paralysis and attacks of tonic spasms. Operation. Brochure in-8 de 24 pages, avec figures. — Saint-Louis (Mo), 1890. Extrait de l'*American Journal of the medical science.*

BUZZARD (Th.). — Address ou vertigo of brillar origin. Brochure in-8 de 11 pages. — London, 1890. — J. Bale and sone.

CARBONELLI (G.). — Contributo allo studio della genesi del bacino cifotico. Brochure in-8 de 23 pages, avec figures dans le texte. — Torino, 1890. — Extrait de la *Rivista di ostetricia e gineeologia.*

EPERON — Sur quelques symptômes tabétiformes de l'amblyopie toxique. Brochure in-8 de 8 pages. — Genève, 1890. — Extrait de la *Revue médicale de la Suisse romande.*

ERLENMEYER (A.). — Springende thrombose der extremitätenvenen und hirsinus bei einer Envachsenen. Brochure in-8 de 9 pages. — Leipzig, 1890. — Verlag G. Thierne.

FORINO. — Vingt-deux années de pratique d'accouchements. Brochure in 8 de 85 pages. — Paris, 1890. — Imprimerie Noizette.

GIORGIERI (C.). — Il salicilato di soda nella dismenorrea. Brochure in-8 de 8 pages. — Torino, 1890. — Tipografia L. Roux et Cie.

LARDIER. — Le service de la vaccination devant le conseil général des Vosges. Brochure in-8 de 24 pages. — Rambervillers, 1890. — Typographie Méjeat.

LE BAILLY — Bureaux municipaux de placement gratuit (Leur situation actuelle). Volume in-8 de 170 pages. — Paris, 1890. — Le Bailly.

LEPRÉVOST (F.). — Rapport sur deux propositions de loi relatives au syndicat des médecins du Havre. Brochure in-8 de 20 pages. — Havre, 1890. — Imprimerie du Commerce.

LOMBROSO (G.) et COEN (G.). — Sulla eccitabilita ilettrica del nervo acustico e sul valore diagnostico di questa nelle malattie cerebrali Brochure in-8 de 7 pages. — Firenze, 1890. — Typografia Cenniniana.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille, 19.

GARNIER (P.). — La folie à Paris. Etude statistique, clinique et médico-légale. Volume in-12 de 424 pages. — Prix . 3 fr. 50.

Librairie HACHETTE et Cie, 79, boulevard Saint-Germain.

FOVEAU DE COURMELLES. — L'Hypnotisme. Volume in-12 de 327 pages. avec 42 gravures par L. Gsell. Cet ouvrage renferme des vues scientifiques, sinon entièrement nouvelles, du moins défendues avec des arguments et des faits nouveaux. La *conservation du libre arbitre* est démontrée d'une façon irréfutable avec l'expérience et l'autorité de l'auteur, appuyées s'il en était besoin de celles du professeur CHARCOT et de l'École de la Salpêtrière. Les chapitres de la Simulation et de l'Imagination montrent combien sont difficiles, même impossibles à trouver les caractères d'un rigoureux et scientifique contrôle ; tout critérium absolu n'existant pas. Ennemi des expériences publiques, non fanatique de l'hypnotisme où il ne voit pas une panacée mais une source de fréquents dangers pour quelques guérisons, partisan du magnétisme humain qu'il différencie de l'hypnotisme, le docteur FOVEAU DE COURMELLES écrit une œuvre bonne, salutaire et utile, en même temps que vivante, mouvementée et élégamment écrite.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

BARDET (G.) et KLEIN (A.). — Contribution à l'étude de la climatothérapie en France. — Prix. . . . . 2 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 8. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 FÉVRIER 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Hôpital St-André de Bordeaux. — **M. A. PITRES.**

Des troubles trophiques dans l'hystérie (1).

Leçon recueillie par le Dr **Emile BITOT**, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Sommaire. — I. Œdème des membres inférieurs simulant une *phlegmatia alba dolens*, survenu chez une hystérique à la suite de contrariétés et modifié par l'aimantation. — II. Réfrigération permanente des jambes dans un cas de paraplégie hystérique: guérison par la faradisation. — III. Atrophie musculaire hystéro-traumatique sans paralysie ni contracture préalables. — IV. Paralysie faciale hystéro-traumatique avec affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles du visage. — V. Eschare fessière et chute spontanée des dents dans le cours d'une paralysie hystérique des quatre membres.

Messieurs,

Jusque dans ces dernières années, l'opinion à peu près unanime des cliniciens était que l'hystérie ne détermine pas de troubles trophiques. Les œdèmes, signalés jadis par Sydenham et par Brodie, étaient considérés comme des exceptions tellement rares qu'il n'y avait pour ainsi dire pas lieu d'en tenir compte, et, dans la pratique, il suffisait qu'on constatât une modification notable de la nutrition locale pour qu'on éliminât l'hypothèse de l'hystérie. Les études entreprises récemment sur les atrophies musculaires liées aux paralysies et aux contractures hystériques ont été, pour beaucoup de médecins, une révélation imprévue. Elle [illegible] la voie à des recherches qui nous ménagent probablement bien d'autres surprises.

[illegible]

I

[illegible]

ment avec le doigt, l'impression y reste comme dans la cire molle. Au contraire, l'enflure des personnes hystériques est plus grande le matin, et, quand on la presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le plus souvent aussi l'enflure n'est qu'à une des deux jambes (1). »

Néanmoins, les exemples d'œdème hystérique indépendant de toute complication susceptible de jeter le doute sur l'exactitude du diagnostic sont peu nombreux. Georget, Landouzy, Briquet n'en ont, à ma connaissance, rapporté aucun, et ceux qu'on rencontre çà et là dans les recueils périodiques sont rédigés avec si peu de détails qu'il est à peu près impossible de fonder sur eux un jugement sérieux.

L'observation suivante, recueillie à la consultation externe de notre clinique, par M. Fischer, me paraît être à l'abri de ces reproches:

Observation I. — *Œdème hystérique des membres inférieurs.* — Mlle C..., âgée de vingt ans, est une belle et grande jeune fille qui a joui jusque dans ces derniers temps d'une bonne santé. Son père et sa mère n'ont jamais eu d'accidents nerveux. Ils ont huit enfants, tous vivants et bien portants. Mlle C..., qui est la cadette, s'occupe très activement de l'éducation de ses jeunes frères et sœurs. C'est elle qui les instruit et les surveille. D'un caractère triste et fort impressionnable, elle s'émeut outre mesure des événements les plus futiles. Elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Quelques jours avant le début de la maladie dont nous allons raconter les épisodes, elle éprouva un gros chagrin. Elle s'était attachée à un jeune homme qui l'avait demandée en mariage et qui était officiellement reçu chez elle. Mais ses parents, après avoir pris des informations qui ne furent pas favorables, brisèrent brutalement les espérances de la jeune fille en congédiant le futur.

Vers le 15 novembre 1886, Mlle C... commença à éprouver de [illegible]

[illegible]

(1) [illegible]

(1) [illegible]

Il se montra de nouveau le 12 février 1887 à la suite d'une émotion morale. Un des jeunes frères de Mlle C... ne rentra pas à la maison à l'heure habituelle. On craignit qu'il ne lui fût arrivé un accident. Notre malade, toujours inquiète, eut un moment d'angoisse très pénible. Le lendemain matin, son membre inférieur gauche, qui avait repris depuis près d'un mois son volume normal, était redevenu plus enflé qu'il ne l'avait jamais été. C'est alors que Mlle C... fut conduite à la consultation externe de la clinique.

État actuel le 20 *février* 1887 : Le pied et la jambe gauches sont le siège d'une tuméfaction œdémateuse notable. Le mollet gauche mesure trois centimètres de circonférence de plus que le droit. L'enflure ne remonte pas au-dessus du genou. Les parties tuméfiées ont leur coloration normale : les veines superficielles ne sont pas dilatées. L'œdème est dur, résistant, élastique, ne conservant pas l'empreinte du doigt. Il est plus marqué le soir que le matin. La pression du mollet n'est douloureuse que si elle est exercée avec une certaine énergie. La pression de la cuisse, même le long du trajet de la veine saphène interne, est indolente. Il n'y a pas de douleurs spontanées.

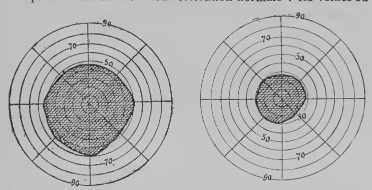


Fig. 7. — Rétrécissement des champs visuels de Mlle C...

La température des téguments est sensiblement égale des deux côtés. Tous les mouvements de la jambe, du pied et des orteils, sont exécutés normalement. La marche est possible, mais elle est suivie d'une fatigue rapide et d'une augmentation considérable de l'œdème. Le sens musculaire est intact. Le réflexe rotulien est normal à droite et très affaibli à gauche. Le réflexe au chatouillement plantaire est aboli des deux côtés. La calotte crânienne en totalité, la moitié gauche de la face, le membre supérieur gauche jusqu'au moignon de l'épaule, le membre inférieur gauche jusqu'à la crête iliaque sont analgésiques, mais les piqûres pratiquées sur ces parties saignent et ne s'entourent pas de papules saillantes. La moitié droite de la face est hypoesthésique. Les membres du côté droit, le tronc et le cou ont conservé leur sensibilité normale.

Les conjonctives sont complètement anesthésiques. Le champ visuel est rétréci concentriquement, des deux côtés, beaucoup plus à gauche qu'à droite (*Fig.* 7). Pas d'achromatopsie ni de dyschromatopsie. L'ouie, le goût et l'odorat sont intacts, mais le chatouillement de la muqueuse du nez ne provoque pas d'éternûment, et la piqûre de la langue n'est pas perçue douloureusement. Pas de zones spasmogènes. Le cœur paraît absolument sain. Les urines sont claires, limpides, abondantes et ne donnent aucun précipité par la chaleur ni par l'acide nitrique. L'appétit est assez bon. Les maux de tête, si violents au début de la maladie, ont disparu depuis plusieurs semaines. La malade n'a pas d'attaques de nerfs, mais elle éprouve souvent de véritables accès d'énervement accompagnés de pandiculations involontaires et de secousses musculaires dont il lui est impossible de se rendre maîtresse. L'hypnotisation n'a pas été tentée.

Du 22 février au 1er mars, nous faisons appliquer tous les deux jours, pendant une heure chaque fois, un fort aimant sur la jambe gauche de la malade. Dès la première application, la sensibilité cutanée reparaît, sans transfert, dans tout le membre inférieur gauche.

Le 27 février, on constate une diminution très notable de l'œdème. Le 28, la malade nous raconte qu'elle est restée toute la journée précédente debout dans le magasin tenu par sa mère sans éprouver de fatigue. Le 1er mars, l'enflure n'est plus appréciable : il y a à peine 1 centimètre de différence entre les deux mollets. La malade cesse de venir à la consultation.

Cette observation, Messieurs, me paraît fort intéressante. Elle offre, si je ne me trompe, un exemple très net d'œdème névropathique localisé, survenu chez une jeune fille manifestement hystérique, à la suite d'une émotion morale et guéri par l'aimantation. Ainsi que l'indique Sydenham, cet œdème était dur, élastique, résistant sous le doigt, mais, contrairement aux affirmations du médecin anglais, il était beaucoup plus marqué le soir que le matin. Il ne faudrait donc pas considérer l'exagération vespérale de la tuméfaction comme un élément positif de diagnostic différentiel entre les œdèmes hystériques et les œdèmes organiques ou dyscrasiques.

II

L'œdème névropathique est le résultat d'une paralysie vasomotrice avec dilatation permanente des capillaires. On peut observer dans l'hystérie un état inverse des réseaux vasculaires, c'est-à-dire une contracture permanente des vaisseaux se traduisant par la pâleur et la réfrigération des tissus. Nous en avons eu un exemple sous les yeux dans un cas de paraplégie hystérique dont voici l'histoire :

Observation II. — *Paraplégie hystérique flaccide. Réfrigération permanente de la peau des jambes. Abolition des réactions vasculaires provoquées par les sinapismes. Guérison par la faradisation.* — Marie M..., vingt-quatre ans, tailleuse, est entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 23, pour une paralysie des membres inférieurs.

Antécédents héréditaires : Père mort à quarante-six ans d'une fluxion de poitrine ; c'était, au dire de la malade, un homme très doux et très rangé. *Mère* rhumatisante. Deux *sœurs* sont sujettes à des attaques de nerfs.

Antécédents personnels : A six ans, Marie a eu des douleurs si aiguës dans le bas-ventre et dans les membres inférieurs qu'elle est restée deux ans sans pouvoir marcher. A dix ans, fièvres intermittentes. A seize ans, fluxion de poitrine. A dix-sept ans, elle est entrée à l'hôpital pour des palpitations de cœur accompagnées d'œdème des membres inférieurs et d'ascite (?). Après dix-huit mois de maladie, elle guérit intégralement, quitta l'hôpital et se maria. A dix-neuf ans, fausse couche de deux mois. A vingt et un ans, péritonite (?) consécutive à un refroidissement. Jamais d'attaques convulsives.

Début de la paraplégie : Il y a six mois, Marie M... devint enceinte pour la seconde fois. Pendant trois mois et demi tout alla pour le mieux, mais à cette époque une chute sur le dos détermina, au grand désespoir de la malade, une seconde fausse couche. Les jours suivants une péritonite se déclara. Marie resta confinée au lit, souffrant beaucoup du ventre, des reins et des membres inférieurs. Quand les accidents aigus se calmèrent, elle s'aperçut que ses jambes étaient inertes et depuis lors il lui a été impossible de les remuer.

État actuel : Les membres inférieurs sont paralysés et flasques ; on peut les fléchir ou les étendre sans éprouver la moindre résistance, mais la malade est incapable de les mouvoir volontairement. Les masses musculaires des cuisses et des mollets ont conservé leur volume normal. Les réactions électriques des muscles et des nerfs ne sont pas modifiées. L'excitabilité galvanique est peut-être un peu diminuée dans les triceps cruraux, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. La notion de position des membres inférieurs est abolie ; la malade ne se rend pas compte, quand elle a les yeux fermés, des déplacements qu'on imprime à ses jambes. Les réflexes rotuliens sont faibles. Pas de trépidation épileptoïde. Les jambes et les pieds sont le siège d'une anesthésie totale et complète, aussi bien de la peau que des parties profondes. Les piqûres pratiquées sur ces régions ne sont pas perçues

et ne saignent pas ; les sinapismes placés sur les mollets ne provoquent ni rubéfaction ni sensations douloureuses. La température des jambes et des pieds est beaucoup plus basse que celle des cuisses et du tronc : elle est de 25° sur les jambes, de 34° sur les cuisses et de 38° dans le vagin. La malade se plaint d'éprouver constamment dans les extrémités inférieures une sensation pénible et permanente de froid. De plus, elle ressent dans les reins, les cuisses et les jambes, des douleurs ron-

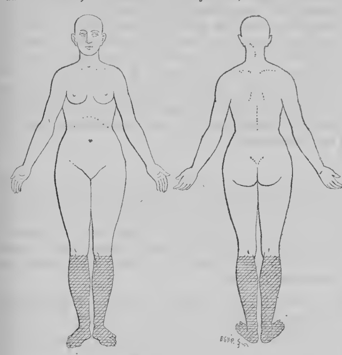


Fig. 8.

geantes qui s'exaspèrent à certains moments au point de devenir insupportables. Les fonctions de la vessie et du rectum s'exécutent régulièrement. Les membres supérieurs ne présentent aucun trouble de la sensibilité ni de la motilité. Le cœur est sain. L'utérus est un peu plus volumineux et un peu moins mobile qu'à l'état normal. Le réflexe pharyngien est conservé. Les deux champs visuels sont rétrécis concentriquement (*Fig.* 9). Les couleurs sont bien distinguées. Il n'y a pas de

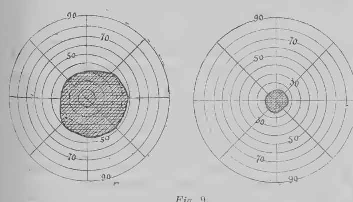


Fig. 9.

polyopie monoculaire. La colonne vertébrale n'est le siège d'aucune déformation ni d'aucune sensibilité anormale à la pression. On peut percuter vigoureusement toutes les apophyses épineuses sans provoquer de douleurs.

En présence de ces symptômes je portai le diagnostic de *paraplégie hystérique*, fondé sur les considérations suivantes :

1° Marie M.... a deux sœurs hystériques et elle a eu elle-même, dans son enfance et dans sa jeunesse, des accidents étranges dont la guérison intégrale permet de soupçonner la nature névropathique.

2° La paraplégie a débuté à la suite d'une contrariété ; la malade désirait un enfant ; elle était heureuse d'être enceinte et ses espérances ont été brutalement déçues par l'accident qui a interrompu le cours de sa grossesse.

3° Cette paraplégie, qui dure déjà depuis deux mois, est restée flaccide et ne s'est pas compliquée d'atrophie des muscles paralysés. Ces muscles ont même conservé leurs réactions électriques normales. Or, les paraplégies organiques qui restent flaccides s'accompagnent, à brève échéance, d'atrophie musculaire ou tout au moins de modifications des réactions électriques.

4° L'anesthésie et la paralysie motrice ne se superposent pas d'une façon concordante : la première est limitée aux jambes et aux pieds ; la seconde s'étend à toute la musculature des membres inférieurs. Une lésion médullaire rendrait difficilement compte de cette discordance qui est toute naturelle s'il s'agit d'une paraplégie hystérique.

5° Il n'y a pas de troubles de la miction ni de la défécation, ce qui serait fort extraordinaire si la paraplégie était causée par une lésion destructive de la moelle épinière.

6° Enfin, nous trouvons dans le rétrécissement concentrique des champs visuels un stigmate hystérique d'une réelle importance.

Les événements ultérieurs ont démontré l'exactitude du diagnostic. Marie M.... a été soumise à un traitement actif par la faradisation. Dès les premières séances, la sensibilité a reparu dans les jambes. A la huitième, la guérison était complète. A ce moment les jambes avaient une température normale. Le thermomètre placé sur les mollets marquait 32° 8, sur la cuisse 34° 2, dans le vagin 38° 1. Un sinapisme appliqué pendant dix minutes sur la jambe droite provoqua une rubéfaction très notable de la peau sous-jacente et une douleur vive.

III

Les atrophies musculaires qui accompagnent si souvent les paralysies et les contractures hystériques tiennent, selon toute vraisemblance, à un trouble purement dynamique des cellules des cornes antérieures de la moelle. Mais les modifications intra-cellulaires dont dépend l'atrophie sont autres que celles qui causent la paralysie ou la contracture, puisque les deux séries de phénomènes ne sont pas nécessairement associées et qu'on observe fréquemment des cas de paralysie hystérique ou de contracture hystérique de longue durée, sans traces d'atrophie musculaire concomitante, et, quelquefois, des cas d'atrophie musculaire hystérique sans paralysie ni contracture concomitantes.

Les faits appartenant à ce dernier groupe, c'est-à-dire les faits d'atrophie musculaire hystérique primitive, sont peu connus (1), je crois cependant en avoir vu quelques-uns, et le malade que je vous présente me paraît être de ce nombre.

OBS. III. — *Atrophie musculaire hystérique sans paralysie ni contracture.* — Bar..., vingt-trois ans, biseauteur-polisseur sur glaces.

Antécédents héréditaires : Grand'mère maternelle asthmatique. *Père* mort à trente-cinq ans de fièvre typhoïde, était alcoolique et irascible. *Mère* vivante, sujette à des crises nerveuses sans pertes complètes de connaissance.

Antécédents personnels : Fièvres intermittentes de huit à

(1) MM. Gilles de la Tourette et Dutil en rapportent un dans leur *Mémoire sur les troubles trophiques dans l'hystérie* (Nouvelle Iconographie photographique de la Salpêtrière, 1889, t. II, obs. I, p. 253).

douze ans. Pas d'excès alcooliques; pas de syphilis. Bar... est d'un caractère très emporté, mais il n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Début de la maladie : En 1882, dans le courant d'une dispute avec un Espagnol, Bar... reçut un coup de *navaja* sur le bord axillaire du grand pectoral gauche. La plaie saigna abondamment et guérit au bout d'une dizaine de jours sans avoir donné lieu à des complications pulmonaires.

Quelques mois plus tard, Bar... s'aperçut que les muscles de l'éminence thénar gauche maigrissaient. Un an après, il commença à ressentir quelques fourmillements sur le bord interne de la main et de l'avant-bras du même côté. La force du membre supérieur gauche n'était pas notablement diminuée, mais l'amaigrissement allait toujours en s'accentuant. A ces symptômes s'ajoutèrent, en 1886, des palpitations de cœur et des douleurs assez vives au niveau de la région lombaire de la colonne vertébrale. C'est surtout à cause de ces douleurs que le malade est entré à l'hôpital le 15 février 1887. Bar... est un jeune homme robuste taillé comme un hercule. Le membre supérieur gauche est le siège d'une atrophie musculaire très marquée. Les saillies des éminences thénar et hypothénar, celle des interosseux sont effacées et remplacées par des creux. La main, au repos, a l'attitude dite *en griffe,* mais les mouvements de ses divers segments sont encore possibles. L'extension volontaire des doigts est cependant incomplète et accompagnée d'un tremblement oscillatoire très manifeste qui s'étend bientôt à toute la main et s'arrête aussitôt que cesse l'effort volontaire. La pression du dynamomètre égale : du côté droit, 45 kilog.; du côté gauche, 15. Les muscles de l'avant-bras gauche sont proportionnellement moins amaigris que ceux de la main. La mensuration comparée des deux avant-bras donne un centimètre de différence en faveur du côté droit, bien que le malade soit gaucher. Les réflexes tendineux du poignet gauche sont affaiblis. Les réflexes à la percussion directe des muscles de l'avant-bras et du bras sont normaux. Les réactions électriques (faradiques et galvaniques) des muscles atrophiés et des nerfs qui les animent sont absolument normales. Il n'y a pas traces de réaction de dégénérescence. Les muscles des épaules, du cou, du tronc, du membre supérieur droit et des membres inférieurs, ont leur volume normal. Sur le bord inférieur du muscle grand pectoral gauche, on remarque une cicatrice linéaire de trois centimètres de longueur environ, lisse, indolente, non indurée et n'adhérant pas aux tissus profonds.

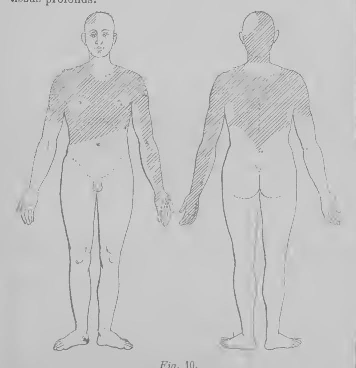


Fig. 10.

L'examen de la sensibilité donne les résultats suivants :

Larges îlots d'hypoesthésie occupant presque toute l'étendue du membre supérieur gauche, le thorax et le moignon de l'épaule droite (*Fig.* 10). L'extrémité des doigts et la paume de la main du côté gauche sont hyperesthésiques. Le contact de ces régions donne lieu à des fourmillements désagréables. Il en est de même de la pression le long du bord cubital de la main et de l'avant-bras gauche.

Toutes les muqueuses, sauf celles du larynx, sont hypoesthésiques. Le réflexe pharyngien est aboli. Les deux champs visuels sont très rétrécis (*Fig.* 11).

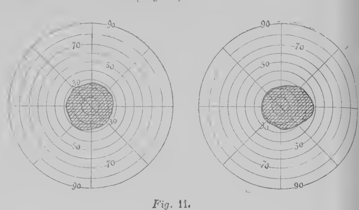


Fig. 11.

Les testicules sont normalement sensibles; pas de zones spasmogènes. Il existe un peu de douleur à la pression au niveau des apophyses épineuses de la région lombaire.

Il n'y a aucun trouble de la mixtion ni de la défécation.

Le malade se plaint de battements de cœur fréquents, mais à l'auscultation et à la percussion de cet organe on ne trouve rien d'anormal.

Tels sont les symptômes présentés par notre malade. Comment faut-il les interpréter ?

Il ne s'agit évidemment, dans le cas actuel, ni d'une atrophie progressive du type Aran-Duchesne, ni d'une sclérose latérale amyotrophique, ni d'une atrophie myopathique primitive. En ne tenant compte que des notions ayant, pour ainsi dire, cours légal dans la science, on devrait diagnostiquer une *atrophie réflexe.* Mais l'hypothèse d'une atrophie reflexe n'expliquerait pas les stigmates sensitivo-sensoriels dont l'examen clinique a révélé l'existence. D'ailleurs, ces mots d'atrophie réflexe ne correspondent à aucune conception nosographique précise. On décrit aujourd'hui sous ce nom un certain nombre d'atrophies musculaires qui succèdent à des traumatismes. Mais on appelait également, il y a quelques années, contractures réflexes, paralysies réflexes, tremblements réflexes, une foule d'accidents qui appartiennent absolument à l'hystérie et qui sont entrés tout naturellement dans le groupe des accidents hystéro-traumatiques le jour où ce groupe a été créé par le génie de M. Charcot. Il en sera sans doute de même pour une grande partie des observations d'atrophies réflexes. Et pour ce qui concerne notre malade, je n'hésite pas à déclarer qu'à mon avis il est atteint d'une atrophie musculaire hystéro-traumatique, c'est-à-dire d'une atrophie musculaire développée chez un hystérique à l'occasion d'un traumatisme. D'où je déduis cette conséquence, fort importante au point de vue pratique, que son atrophie n'est pas incurable comme elle le serait si elle dépendait d'une lésion progressive des centres nerveux, et que même il ne serait pas surprenant qu'elle guérit un jour ou l'autre avec une remarquable rapidité sous l'influence d'un traitement quelconque ou à la suite d'une émotion morale ou d'un nouveau traumatisme, comme le fit ce malade de Vulpian qui guérit en quelques semaines d'une atrophie

des muscles de la jambe après avoir failli se rompre les os en tombant d'une voiture (1).

IV

En règle générale, les paralysies hystériques ne s'accompagnent pas de modifications notables de l'excitabilité électrique des muscles. Il peut arriver cependant que les muscles paralysés deviennent rapidement moins excitables aux courants galvaniques et faradiques, ce qui serait de nature, si on n'en était prévenu, à entraîner des erreurs de diagnostic. Il est même possible qu'on observe dans quelques cas de la *réaction de dégénérescence*, ainsi que MM. Gilles de La Tourette et Dutil en ont cité un exemple. Je n'ai jamais constaté, pour ma part, dans l'hystérie, cette perversion des réactions électriques, mais j'ai vu survenir, chez quelques malades atteints de paralysies franchement hysriques, un affaiblissement rapide de l'excitabilité des muscles paralysés. En voici la preuve :

Obs. IV.— *Paralysie faciale survenue chez une hystérique à la suite d'un traumatisme léger. — Affaiblissement rapide de l'excitabilité électrique des muscles paralysés. Guérison.* Jeanne J..., ménagère, est âgée de quarante-six ans.

Antécédents héréditaires : Père inconnu; *mère* vivante, âgée de soixante-seize ans; n'a jamais eu de maladies nerveuses. Pas de renseignements sur le reste de la famille.

Antécédents personnels : Jeanne a eu, à douze ans, une fièvre typhoïde grave. Depuis lors, elle est sujette à des migraines très violentes. Mariée à vingt-huit ans à un homme ivrogne, brutal et débauché, elle a été très malheureuse avec lui. A la suite de scènes de ménage, elle a eu souvent de grandes attaques convulsives de nature hystérique.

Il y a quinze jours, pendant une de ces attaques qui se prolongeait dans la nuit, son mari, exaspéré de ne pouvoir dormir, lui donna sur le milieu de la joue droit un coup avec le bec d'une lampe à gaz Mill qu'il tenait à la main. Il en résulta une brûlure au deuxième degré sur une surface de deux centimètres carrés environ. Trois jours après, la malade remarqua qu'elle avait de la difficulté à ouvrir la bouche. En même temps se produisit un blépharospasme des paupières du côté droit et déviation très marquée de la bouche vers le côté gauche. Cet état dura quarante-huit heures; puis l'œil droit s'ouvrit tout à coup et resta ouvert sans que la malade pût le fermer volontairement.

État actuel : Paralysie faciale droite avec flaccidité de la joue paralysée et entraînement très marqué de la bouche vers le côté gauche. La déviation est augmentée quand la malade parle et surtout quand elle rit. Dans ces actes, la moitié gauche des lèvres est seule mobile. Quand la malade veut souffler, l'air passe par la moitié droite de la commissure des lèvres. La paupière supérieure droite est relevée; elle reste immobile dans les efforts de clignement et dans les tentatives que fait la malade pour fermer volontairement les yeux. Les muscles releveurs de la mâchoire inférieure sont le siège d'une rigidité permanente qui empêche presque complètement l'ouverture de la bouche. Les mâchoires ne peuvent être écartées de plus d'un centimètre. La langue ne peut être tirée hors de la bouche à cause de la contracture des mâchoires. Autant qu'on en peut juger, elle n'est pas déviée. La malade affirme du reste qu'elle peut la mouvoir sans aucune difficulté dans l'intérieur de la cavité buccale. L'exploration électrique, pratiquée par M. le professeur Bergonié, révèle une diminution très notable de l'excitabilité aux courants faradiques et galvaniques dans les muscles peauciers de la moitié droite de la face, sans réaction de dégénérescence. La sensibilité cutanée est partout conservée. Les organes des sens fonctionnent normalement. Les champs visuels ne sont pas rétrécis. Pas de zones spasmogènes. Pas d'ovaralgie. La malade est soumise à un traitement hydrothérapique et, trois fois par semaine, à de courtes séances d'électrisation. Un mois après, elle quitte l'hôpita tout à fait guérie de la paralysie faciale pour laquelle elle y était entrée.

Cette observation me paraît fort intéressante. Nous avons déjà vu précédemment que dans l'hémiplégie hystérique les muscles de la face ne se comportent pas comme les autres muscles du corps. Ils sont le siège de contractures totales ou partielles donnant lieu tantôt à l'hémispasme glosso-labié type, tantôt à la rigidité des mâchoires ou de la langue seulement. Il est curieux de constater que, dans un cas de paralysie hystéro-traumatique de la face, des contractures de certains muscles se sont associées à la paralysie des autres. Le cas échéant, cette association de la contracture et de la paralysie pourrait servir utilement au diagnostic.

Il est intéressant de noter aussi que les paralysies hystéro-traumatiques peuvent s'accompagner d'affaiblissement rapide de l'excitabilité des muscles paralysés. Cet affaiblissement a été constaté chez notre malade quinze jours seulement après l'apparition de la paralysie. Il n'a pas empêché la guérison de se produire à courte échéance : il n'aggrave donc pas sensiblement le pronostic.

V

Les troubles trophiques aboutissant à la destruction locale des tissus sont probablement moins communs que ceux dont nous venons de nous occuper. On peut cependant observer, chez les hystériques, des chutes spontanées des ongles, analogues à celles qui se produisent fréquemment chez les ataxiques. Deux de nos malades ont présenté nettement ce phénomène (1). On peut aussi observer quelquefois des chutes spontanées des dents et des eschares sacrées, ainsi que le prouve le fait suivant :

Obs. V. — *Paralysie hystérique des quatre membres Chute spontanée des dents de la mâchoire supérieure gauche. Eschare fessière.* — Jeanne R..., âgée de vingt-cinq ans, domestique, est entrée à l'hôpital Saint-André, salle 7, lit 16, pour une paralysie hystérique des membres du côté droit.

Antécédents héréditaires : Père mort de la poitrine; il était violent et brutal, pas ivrogne. *Mère* vivante, âgée de soixante-dix ans, hémiplégique depuis un an, a toujours été d'un caractère très emporté. Pas de renseignements sur les autres parents.

Antécédents personnels : Enfance maladive. Vers sept ou huit ans, Jeanne a commencé à avoir des attaques de vers (?) qui sont devenues moins fréquentes et moins violentes à l'époque où la menstruation s'est établie (treize ans). A quatorze ans, fièvres intermittentes. A quinze ans, fièvre muqueuse suivie de gastrite (?). A dix-sept ans, fluxion de poitrine, vomissement de sang à répétition pendant plusieurs mois. Hoquets fréquents. Caractère mobile et très irritable.

Histoire de la maladie : Vers l'âge de vingt ans, Jeanne R...

(1) Vulpian. — *Maladies du système nerveux*, t. II, note de la page 590. Il s'agit dans ce cas d'un homme qui, dans le cours d'une sciatique très intense, eut une atrophie très prononcée des muscles de la jambe gauche. Les divers traitements employés, notamment la faradisation, échouèrent complètement. Un jour le malade fit une chute de voiture. Il perdit connaissance. On le transporta au lit et on constata qu'il avait des contusions considérables, particulièrement sur le bras et la jambe gauche. Au bout de peu de jours, lorsque les douleurs des contusions s'apaisèrent, il s'aperçut que les douleurs de la sciatique n'existaient plus. Deux ou trois semaines après, il marchait plus facilement qu'avant la chute, et quelques semaines plus tard l'atrophie avait complètement disparu.

(1) Ce sont la nommée Jeanne L..., dont l'observation est rapportée p. 184 et le nommé Guin..., dont il est question p. 293, à propos des tremblements hystériques. Chez la première, les ongles des cinq orteils droits sont tombés une fois; chez le second, les ongles des deux gros orteils se sont détachés spontanément cinq ou six fois dans l'espace de quatre années.

devint sujette à des attaques de sommeil. Elle éprouvait de temps en temps une sensation de lassitude générale, sentait une boule qui s'agitait dans la région ovarienne gauche, remontait à l'épigastre et allait se fixer à la gorge. Alors la malade tombait n'importe où, sans convulsions, et restait dans un état de sommeil profond dont on ne pouvait la tirer par des excitations extérieures, durant deux ou trois heures.

A vingt et un ans, à la suite d'une peur, elle eut pour la première fois de sa vie une grande attaque convulsive. Depuis lors, elle est sujette à des attaques hystériques régulières qui se produisent à l'occasion de contrariétés ou sans provocation apparente, et a des céphalalgies intenses. Depuis cette époque, elle a eu plusieurs fois, et toujours à la suite de séries d'attaques convulsives très violentes, des paralysies hystériques. Une première fois, en 1886, elle est restée deux mois paralysée des quatre membres. La paralysie s'est reproduite en 1887 et a persisté dix-huit mois. Elle s'est montrée de nouveau pendant trois mois en octobre 1888 et en août 1889. C'est dans le cours de ces paralysies que sont survenus les troubles trophiques dont il va être question. En 1886, pendant la paralysie des quatre membres qui a duré trois mois, la malade a eu une large eschare fessière. En 1887, quand la paralysie s'est montrée pour la deuxième fois, l'eschare s'est reproduite. Elle a été, paraît-il, très large, mais elle n'a pas dû être très profonde, car elle n'a pas laissé de cicatrice. En 1888, pendant la troisième attaque de paralysie, la malade a beaucoup souffert de névralgies de la face. Un jour, elle a constaté une tuméfection œdémateuse de la joue et des gencives du maxillaire supérieur gauche; puis, sans qu'il y eût de suppuration, toutes les molaires de la mâchoire supérieure gauche se sont ébranlées, et dans l'espace d'un mois elles sont toutes tombées. Elles n'étaient pas cariées et se détachaient sans douleurs de leurs alvéoles. Les autres dents n'ont rien présenté de particulier.

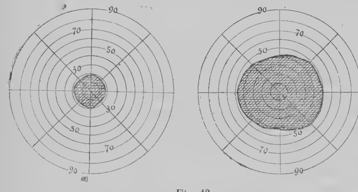


Fig. 12.

État actuel en juillet 1890 : Jeanne R... est sujette à des attaques convulsives qui se répètent tous les deux ou trois jours. Elle est encore atteinte d'une hémiplégie hystérique des membres du côté droit, sans paralysie ni contracture des muscles de la face.

Hypoesthésie générale de la peau et des muqueuses. Rétrécissement concentrique très marqué des deux champs visuels. (*Fig.* 12). Abolition du réflexe pharyngien. Zones spasmogènes très actives sur la région mammaire gauche et dans le creux sous-claviculaire droit. La pression des ovaires est faiblement spasmo-frénatrice.

Le grand reproche qu'on pourrait adresser à l'observation précédente, c'est que les troubles trophiques n'ont pas évolué sous nos yeux, que nous n'avons pas vu l'eschare fessière et que nous n'avons pas constaté l'intégrité des dents au moment de leur chute. Il ne m'en coûte pas d'avouer qu'il y a là, en effet, un desideratum regrettable. Néanmoins, je pense que le récit de notre malade n'a rien d'invraisemblable. Je serais même tenté de supposer que, l'attention des observateurs étant maintenant dirigée vers cette question, on trouvera dans l'hystérie des troubles trophiques plus graves qu'une eschare superficielle ou que la chute de quelques dents. Il existe dans le curieux ouvrage de Carré de Montgeron des exemples d'ulcérations profondes des tissus, guéries miraculeusement sur le tombeau du diacre Pâris. La demoiselle Coirin avait le sein gauche rongé depuis douze ans par un cancer et les membres du côté gauche atteints d'une paralysie qui avait retiré et desséché les muscles de sa cuisse et de sa jambe. Transportée au cimetière de Saint-Médard le 12 août 1731, elle guérit à la fois de son hémiplégie et de son cancer. Les témoignages qui accompagnent cette observation sont d'une précision telle qu'il est impossible de douter du fait matériel. La demoiselle Coirin avait certainement une paralysie des membres du côté gauche et un ulcère du sein gauche. Si elle a guéri à la fois de la paralysie et de l'ulcère, n'est-il pas très probable que les deux affections étaient de nature hystérique? Pour ma part, j'en ai la conviction et je crois, ainsi que je vous le disais au début de cette leçon, que l'étude, à à peine ébauchée aujourd'hui, des troubles trophiques dépendant de l'hystérie nous réserve bien d'autres surprises.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les médecins russes.

Une étude curieuse a été faite dernièrement, par le Dr Grebenstchikoff, sur la profession médicale en Russie, dans un travail publié par l'organe officiel du Département médical de Saint-Pétersbourg (1). Nous en extrayons les principales données qui intéresseront sûrement nos lecteurs.

Le nombre total de médecins était, dans toute la Russie, au 1er juillet 1890, de 12.112 hommes et 409 *femmes*. De ce nombre, 21 p. 100 sont des médecins militaires et 79 p. 100 s'occupent de la clientèle civile. Les médecins civils se divisent en plusieurs catégories suivantes : a, professeurs, agrégés, prosecteurs et d'autres médecins appartenant aux corps enseignants des Facultés 1,94 p. 100 ; *b*, inspecteurs médicaux avec leurs aides, 1,35 p. 100; *c*, médecins des districts et des circonscriptions 5,55 p. 100 ; *d*, médecins exerçant librement dans les campagnes 2,04 p. 100; *e*, médecins attachés aux Zemstwo 14,29 p. 100 ; *f*, médecins chargés de l'état sanitaire des villes 4,56 p. 100; *g*, médecins des hôpitaux et des asiles 10,39 p. 100 ; *h*, médecins des écoles et lycées 2,19 p. 100 ; *i*, médecins des usines et des fabriques 2,32 p. 100 ; *k*, médecins exerçant librement dans les villes 25,34 p. 100; *l*, médecins n'exerçant pas leur profession 2,43 p. 100. D'une façon générale, sur 100.000 habitants on possède en Russie 8,4 de médecins ; dans la Russie d'Europe le chiffre est un peu plus élevé : 9,2. En mettant à part les médecins qui habitent des grandes villes (telles que Saint-Pétersbourg, Riga, Varsovie, Moscou, Dorpat, Kharcow, Kieff, Kazan et Odessa), la Russie d'Europe ne possède que 6,5 de médecins sur 100.000 habitants; le Caucase et la Sibérie n'ont que 3,8 sur le même nombre. Dans les grands centres que nous venons d'indiquer habite le 1/3 de tous les médecins civils de la Russie. Si on examine le mode de distribution des médecins d'après les régions, on constate que les gouvernements les mieux fournis sont ceux qui avoisinent la frontière occidentale. Les médecins libres se fixent principalement dans les gouvernements qui ne sont pas sous le régime de Zemstwo. Trois villes sont surtout remarquables par l'abondance des médecins libres, ce sont : Saint-Pétersbourg, Moscou et Odessa. Parmi les méde-

(1) T. I, 1890 et in *Wratsch*, 1891, n° 3.

cins-hommes 22 p. 100 sont des spécialites : *a*, chirurgiens 3,6 p. 100 ; *b*, accoucheurs et gynécologues 7,9 p. 100 ; *c*, oculistes 2 p. 100 ; *d*, thérapeutes 10 0/0 ; *e*, aliénistes et neuropathologistes 3 p. 100 ; *f*, syphilidologues 3,1 p. 100, etc... Près de la moitié des spécialistes habitent les villes universitaires. Parmi les médecins-femmes le quart habite Saint-Péterbourg, Moscou et Odessa ; les autres habitent principalement les Zemstwo. Elles s'occupent presque exclusivement des maladies internes, de gynécologie et de pédiatrie. Plus de la moitié de tous les médecins sont de race slave : 54,33 p. 100 ; les Polonais entrent pour 1/7, les Israélites pour 1/8 et les Allemands pour 1/13. Les médecins polonais se fixent généralement dans les gouvernements occidentaux, où ils forment près de 51, 8 p. 100 de la totalité des médecins civils ; les médecins allemands habitent surtout les gouvernements de la Baltique ; ils constituent là plus de 75,3 0/0 sur le nombre total des médecins. Les médecins Israélites sont disséminés dans les mêmes gouvernements que les Polonais et aussi dans la partie méridionale de la Russie. Dans le nombre total il existe quelques Arméniens (1,09 p. 100) qui exercent surtout dans le Caucase. L'âge moyen des hommes finissant leurs études médicales est de 25,9 ; celui des femmes est de 26,8. Le médecin russe le plus âgé a 88 ans et le plus jeune 23 ans ; la femme-médecin la plus âgée a 57 ans.

Les hommes-médecins se groupent ainsi d'après leur âge : de 24 à 30 ans : 17,8 p. 100 ; de 30 à 40 ans : 43,7 p. 100 ; de 40 à 50 ans : 17,4 p. 100 ; de 50 à 60 ans : 14,7 p. 100 ; de 60 à 70 : 4,4 p. 100 ; au-dessus de 70 ans : 1,8 p. 100. Pour les femmes : de 24 à 30 ans : 24,1 p. 100 ; de 31 à 40 ans : 69 p. 100 ; de 41 à 50 ans : 6,8 p. 100, et de 51 à 60 ans : 0,2 p. 100. Plus des 2/3 de tous les médecins russes sont mariés et près de 1/25 sont célibataires. Voici, à cet égard, des chiffres un peu plus exacts : les médecins civils libres se marient dans la proportion de 62 p. 100, les médecins de Zemstwo en raison de 65,2 p. 100, et les médecins militaires de 65,8 p. 100.

Parmi ceux qui sont mariés, 63,8 p. 100 seulement ont des enfants ; la grande majorité de ces pères de famille n'ont qu'un seul enfant. Cependant, 4 p. 100 ont plus de 6 enfants et 0,1 p. 100 possèdent 13 enfants. Du nombre total des médecins russes, il n'y a que 615 hommes et 31 femmes qui possèdent des propriétés immobilières sous forme de terrains, des maisons, etc..., de même pour les capitaux en argent... Le traitement des médecins ayant un service officiel quelconque varie de 200 à 7.000 roubles. Le plus grand nombre (53 p. 100) touchent de 900 à 1.500 roubles ; 2 p. 100 seulement reçoivent au-dessus de 3.000 roubles. Aussi, sur le nombre total des médecins attachés à un service officiel, observe-t-on 8,4 p. 100 qui cumulent deux, trois et même quatre places. C'est surtout dans le groupe de médecins-inspecteurs et leurs adjoints qu'on observe le plus grand nombre de cumuls ; vient ensuite le groupe des médecins de districts, celui des médecins des écoles, les médecins de Zemstwo, les professeurs des Facultés, etc... Pour les médecins libres, le chiffre moyen des affaires est à Saint-Pétersbourg de 2.200 roubles par an, à Moscou de 1.700, à Varsovie de 1.500, à Odessa de 3.600. L'âge moyen de la mort du médecin russe est 51 ans. Les causes de la mort sont les suivantes : maladies contagieuses (y compris la tuberculose), 42,3 p. 100 ; maladies des organes respiratoires, 9 p. 100 ; affections cardiaques et vasculaires, 6,5 p. 100 ; affections des organes digestifs, 7,3 p. 100 ; maladies du système nerveux, 14,6 p. 100 ; tumeurs malignes, 5,7 p. 100 ; cachexie sénile, 4 p. 100 ; suicide, 3,2 p. 100.

J. Roubinovitch.

Injections de sérum de sang de chien chez les tuberculeux.

M. le Pr Verneuil a essayé à l'Hôtel-Dieu les injections de sérum de sang de chien, sur lesquelles M. Richet a fait déjà plusieurs communications à la *Société de Biologie*, entre autres les 17 et 24 janvier dernier. Nous avons fait connaître les résultats qu'il a obtenus avec MM. Langlois, Héricourt et St-Hilaire. D'une part, ces injections sont d'une innocuité absolue ; d'autre part, elles améliorent l'état général et l'état du poumon ou du larynx des malades mis en expérience. Les observations de M. Verneuil semblent confirmer les précédentes, du moins en ce qui concerne l'état général, pour deux cas notamment de tuberculose chirurgicale.

Dans l'une il s'agissait d'un jeune homme, de type infantile, bacillaire avéré, porteur d'une fistule pleurale consécutive à une pleurésie purulente et à l'opération d'Estlander. Il était, à la fin du mois de janvier, dans un état d'abattement et d'anorexie fort inquiétant. Il avait des vomissements presque continuels. Après une dizaine d'injections, tantôt d'un, tantôt de 2 centim. cubes, faites dans l'espace de 20 jours, on observait une augmentation de poids, une augmentation de la force au dynamomètre, le retour de l'appétit. Les vomissements ont disparu dès les premiers jours. Il se lève, rit, court et s'amuse. Il a été en quelque sorte rappelé à la vie.

L'autre cas est celui d'une jeune fille qui porte une fistule consécutive à une coxalgie. Cette malade, à la fois syphilitique et tuberculeuse, restait couchée sans force et sans appétit, et se trouvait mal dès qu'elle se levait. Maintenant, après ces injections, elle se lève sans fatigue, mange bien et a augmenté de quatre livres.

Ces deux malades réclament eux-mêmes leurs injections, qui sont indolentes et les améliorent.

Les résultats précédents concordent avec ceux qu'ont obtenus M. le Dr Bertin (de Nantes) et M. Pick. On sait que ces expérimentateurs essayent le sérum du sang de chèvre ; mais ce sang de chèvre n'est peut-être pas aussi bactéricide qu'on l'a dit pour le microbe de la tuberculose. M. Nocard n'a-t-il pas cité, en effet, un cas de tuberculose expérimentale chez la chèvre.

Nous tenions à soumettre ces résultats expérimentaux à nos lecteurs. Voilà les faits. A eux d'en tirer dès aujourd'hui les conclusions qui leur paraîtront légitimes. Pour nous, nous nous bornons à rappeler que toutes les fois qu'on s'occupe d'un tuberculeux il va mieux, surtout dans les cas où il ne s'agit, en somme, comme chez l'un des malades du service de M. Verneuil, que d'une lésion tuberculeuse assez peu importante. Il faut donc attendre. C'est encore ce qu'il y a de mieux à faire en pareille matière.

Université de Lyon. — *Troubles universitaires*. — On mande de Lyon qu'il y a quelques jours une discussion s'élevait entre plusieurs étudiants et le directeur d'un café-concert. Cinq jeunes gens furent expulsés, mais promirent de revenir en nombre. Le lendemain, environ deux cents jeunes gens envahirent l'établissement en criant, en brisant les tables, les verres, les tabourets et deux glaces. Les agents opérèrent aussitôt quinze arrestations. Les étudiants se sont alors réunis en monôme et sont allés manifester bruyamment devant l'hôtel de ville. Le secrétaire général pour la police a consenti à faire relacher les quinzes incarcérés.

Congrès des sociétés savantes. — Ce Congrès aura lieu du 19 au 23 mai 1891, à la Sorbonne.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 février 1891. — PRÉSIDENCE DE M. Ch. RICHET.

M. RAILLET expose ses recherches sur la *présence du Strongle dans les bronches* du cheval et sur les lésions qu'il y détermine.

MM. A. MATHIEU et RÉMOND ont recherché les *divers facteurs de l'acidité du suc gastrique*. Pour lors, l'acide organique du suc gastrique est représenté non seulement par des acides organiques libres, mais aussi par des acides combinés. Les acides libres sont seuls dissous par l'éther, et quand on fait le titrage d'un suc gastrique successivement en présence de la teinture de tournesol et de la phtaléine du phénol, on trouve une acidité plus forte avec la phtaléine qu'avec le tournesol. Cette différence résulte de ce que la peptone est beaucoup plus acide en présence de la phtaléine que du tournesol. Certains acides, en combinaison peut-être avec des substances azotées, agissent de la même façon, de telle sorte qu'on ne peut pas, actuellement tout au moins, estimer la quantité d'albumine dissoute d'après le surplus d'acidité par le tournesol sur l'acidité par la phtaléine. D'autre part, le chiffre considérable du chlore, en combinaison organique, prouve qu'il se fait dans l'estomac un travail d'une grande importance quantitative, mais, étant donnée la faible quantité de peptone qu'il renferme, on peut admettre que cet organe exécute seulement un travail préparatoire de la digestion.

M. GRANCHER envoie le résumé de ses *recherches sur la tuberculose expérimentale*. Pour obtenir une tuberculose expérimentale à marche rapide, il faut employer des doses massives de culture, oscillant entre 1 millimètre cube et 1/50 millimètre en poids. Les lapins inoculés ainsi meurent en trois semaines. Avec des doses plus faibles, à partir de 0 millim. 01, en poids sec, la mort de l'animal est plus lente, elle se produit avec d'autres lésions que dans le premier cas. On constate, ce qui ne se montrait pas avec la forme rapide, la présence de tubercules, surtout dans le poumon et aussi des tumeurs blanches. Avec des doses plus faibles, et particulièrement des cultures atténuées, on observe des formes lentes de tuberculose, caractérisées surtout par des paralysies d'origine probablement toxique et une néphrite épithéliale. Les cultures inoculées provenaient du laboratoire de M. Roux. Les recherches ont été faites avec l'aide de MM. Hippolyte Martin et Ledoux-Lebard.

M. VIGNAL demande s'il s'agit de tuberculose humaine ou aviaire. En l'absence de M. Grancher, la question reste sans réponse.

M. GLEY.— Kronecker et Schmey ont admis un centre de coordination pour les *mouvements du ventricule*, à la suite d'une expérience qui consiste à rendre arythmique la contraction ventriculaire, à la suite de la lésion d'un point donné du sillon inter-auriculo-ventriculaire. M. Gley a repris l'étude de cette question et pense que l'arythmie observée dans cette expérience dépend en effet du système nerveux, il admet donc l'existence dans le cœur d'un amas ganglionnaire, dont les cellules assurent le fonctionnement régulier de l'organe ; et ces cellules peuvent être paralysées par une électrisation forte, par l'action du chloral et par celle du froid.

M. DUBIEF a essayé l'*action préventive du liquide de Koch* sur la tuberculose inoculée aux cobayes. La lymphe fut employée avant l'inoculation, en même temps qu'elle, ou quelques jours après. Les résultats fournis par ces trois séries sont les suivants. Chez les cobayes tuberculeux, une très faible quantité de lymphe peut suffire pour amener des accidents très graves. D'autre part, l'injection soit préventive, soit faite après l'inoculation de la tuberculose, ne modifie en rien la marche de la maladie. Les cobayes sains résistent assez bien à la lymphe.

M. RETTERER continue ses études sur le *frein des Mammifères*. Il a constaté que le frein de l'homme, qui ne persiste pas chez le cheval et les autres quadrupèdes, se retrouve chez les fœtus de ces animaux.

M. OLLIVIER montre les *photographies en couleur*, dues à Lumière, de Lyon, qui laissent voir les filaments connectifs qu'il a décrits, allant d'une cellule végétale à l'autre à travers les cloisons utriculaires.

M. DARLOT fait présenter un *appareil photographique destiné à photographier le cerveau*, sous toutes ses faces, sans le déplacer. Alex. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 février 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. LE FORT reprend la question de la *vaccination obligatoire*, et répond à ceux de ses contradicteurs qui le représentent comme un ennemi de la vaccine, en montrant, d'après le rapport de M. le Dr Bary sur l'épidémie de Sheffield en 1887, combien au contraire la vaccine rend de services. Les vaccinés furent, en effet, malades dans la proportion d'un quart et les non vaccinés des trois quarts. De plus les revaccinés, et la revaccination est récente, sont rendus aussi réfractaires à la maladie que s'ils avaient eu déjà la maladie. L'effet de la vaccine est surtout de rendre la variole moins grave ainsi que le prouvent les statistiques de l'hôpital des varioleux de Londres. La mortalité, qui est de 49,6 % chez les non vaccinés, n'est que de 4,8 % chez les vaccinés. En présence de ces faits, il est donc nécessaire d'organiser le service vaccinal pour vacciner tous les enfants et revacciner tous les adultes, et cependant il repousse la *vaccination obligatoire*. Pour la rendre obligatoire par une loi, il faudrait démontrer que la vaccination met à l'abri des épidémies, ce qui n'est pas. Dans ce cas, c'est l'isolement des premiers cas qui réussit le mieux. On donne comme preuve de l'utilité de la vaccination l'abaissement réel de la mortalité par la variole, en Prusse, depuis la loi sur la vaccination obligatoire, en 1874. Mais M. Brouardel a reconnu qu'à la suite d'une épidémie de variole, comme en 1871, il y a toujours une diminution de la mortalité variolique pendant 15 ans environ. Mais en Prusse on oppose à la fois à la variole et la vaccination obligatoire et l'isolement des varioleux. Lequel de ces deux moyens agit le plus ? Ce n'est qu'après l'extension de l'isolement à toute la maison et non seulement à l'appartement du varioleux qu'on a vu la variole diminuer, après avoir remonté à son chiffre habituel en Prusse, malgré la vaccination obligatoire. La vaccine obligatoire ne peut pas empêcher les épidémies, car il existe toujours des enfants non vaccinés à cause de leur faiblesse, et des individus sans domicile qui y échapperont. De plus, un vacciné varioleux tout en ayant une variole bénigne pourra propager une variole grave. M. Le Fort repousse la distinction de M. Brouardel entre les maladies *évitables*, comme la variole, et les maladies *limitables*, comme la diphtérie, la rougeole, la scarlatine. Ces dernières sont tout aussi évitables par l'isolement L'isolement et la désinfection au domicile du malade ne peuvent être appliqués que par une loi, et il propose pour la France les lois anglaise et allemande sur l'isolement. Il rappelle les articles du code pénal applicables à l'isolement des animaux malades et demande qu'on fasse pour les hommes ce qu'on fait pour les animaux. Avant de songer à rendre la vaccine obligatoire, il faut d'abord la rendre possible par l'organisation du service vaccinal. La revaccination obligatoire de l'armée et des élèves des lycées et écoles, nous l'avons comme en Prusse. Ce que nous n'avons pas, c'est la vaccination obligatoire des enfants, et c'est pour cela seul qu'on risque de compromettre la vaccine. La revaccination forcée, de plus en plus répandue, ne viole pas la liberté individuelle, puisque les personnes auxquelles on veut l'imposer sont libres d'aller là où on ne l'exige pas d'eux. Au contraire, la liberté est violée quand on force à la vaccination tous les enfants d'un an sans exception. Si on condamne à une amende le père qui se refuse à faire vacciner son enfant, c'est le punir pour avoir sur la vaccine une opinion contraire à celle de l'Aca-

démie. En conséquence, l'orateur demande la réorganisation du service de la vaccine, et l'isolement rigoureux des varioleux.

Elections. — La liste de présentation des candidats au titre de *correspondant national* (1re division) est dressée ainsi : 1° M. de Brun (de Beyrouth) ; — 2° M. Trastour (de Nantes) ; — 3° MM. Duché (d'Auxerre) et Niepce (d'Allevard) ; — 4° MM. Bouchard (de Bordeaux) et Morvan (de Lannilis).

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 *février* 1891. — Présidence de M. Dumontpallier.

M. Desnos relate l'observation d'une malade de 18 ans atteinte d'*œdème rhumatismal chronique*. Le salicylate de soude, l'antipyrine et le colchique ayant été administrés sans résultats, M. Desnos eut recours aux boues sulfatées de Dax portées à de hautes températures et appliquées directement en couches épaisses sur la peau pendant 24 heures, pendant dix jours, puis pendant 12 heures pour la seconde moitié du traitement qui dura 25 jours. Les applications furent suspendues au bout de ce temps parce que la malade se plaignait de leur emploi et surtout à cause de leur prix de revient très élevé. Cette médication a donné cependant de bons résultats. L'œdème avait diminué, les douleurs spontanées avaient disparu et la malade pouvait se tenir debout sans trop souffrir.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 *février* 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Terrier fait un rapport sur la *statistique des opérations pratiquées au Mans* par M. le Dr H. Delagenière (du Mans) depuis le 4 juin 1890 jusqu'au 1er janvier 1891. Au total, 119 opérations, dont 5 sur les yeux, 22 sur le crâne et la face, 42 sur les organes génitaux de la femme, 11 sur le membre inférieur, 4 sur le membre supérieur, etc. Sur les 119 opérations, il a eu 6 décès : une gastrostomie (mort d'épuisement après guérison opératoire) ; une hernie ombilicale, mort d'embolie pulmonaire le 12e jour, la plaie étant guérie (bronchitique et emphysémateuse) ; une hernie inguinale, antérieurement étranglée, mort d'embolie le 13e jour, subitement, la plaie de la cure radicale étant absolument guérie. En dehors de ces 3 décès, qui ne sont pas dus à l'intervention, il y en a eu 3 autres d'origine opératoire : une pyosalpingite, morte de péritonite septique ; un sarcome de l'utérus, morte de choc, par hémorrhagie abondante pendant l'opération ; un fibrome utérin sphacélé et infecté, enlevé par la voie vaginale. En somme, sur 119 opérations, un seul accident septique, et encore la femme opérée était-elle primitivement infectée.

M. Berger fait un rapport sur un cas d'*amputation interscapulo-thoracique pour sarcome de l'humérus*, communiqué par M. le Dr Eugène Monod (de Bordeaux). Il s'agissait d'une tumeur volumineuse de l'épaule gauche, causant des douleurs insupportables, une impotence absolue du membre. La racine du bras ressemblait à un gigot. Le diagnostic porté fut sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus. M. Monod pratiqua l'amputation interscapulo-thoracique par le procédé décrit par MM. Berger et Farabeuf : Résection de la partie moyenne de la clavicule, ligature de la veine et de l'artère axillaires, etc., sans lier la scapulaire postérieure préventivement. La perte sanguine fut insignifiante. Cependant il y eut un choc opératoire assez prononcé. Drainage ; un peu de suppuration le long du tube à drainage, mais guérison au bout d'un mois. Trois mois après, mort rapide par accidents pulmonaires, très probablement par généralisation pulmonaire. A l'examen anatomique du membre amputé, on constata qu'il s'agissait d'un sarcome périostique, ayant pris naissance sur l'humérus au niveau de l'encoche d'ossification de l'épiphyse supérieure. Ce sarcome présentait des prolongements dans tous les sens, ayant envahi tous les muscles s'insérant sur les tubérosités humérales. M. Berger insiste sur la bénignité très grande de cette opération, puisque la mortalité, en comptant tous les cas connus, ne dépasse pas 25 %. Or, avec les procédés modernes, cette mortalité doit être considérablement réduite. Quand il s'agit d'ostéosarcome, la récidive rapide est de règle, d'autant plus que généralement on n'opère que des tumeurs avancées. M. Berger en conclut que, quand le diagnostic est posé (sarcome périostique, sarcome de l'extrémité supérieure de l'humérus), il faut opérer de suite et recourir d'emblée à l'amputation interscapulo-thoracique, car les muscles sont presque toujours envahis et l'infiltration néoplasique est énorme. Fatalement on aura une récidive très rapide, si on n'emploie pas un moyen aussi énergique ; et encore ne l'évite-t-on pas souvent, même en recourant à l'ablation de l'épaule en totalité. M. Berger croit inutile de drainer la plaie, le drainage, d'après lui, ne faisant que favoriser le développement d'une suppuration consécutive.

M. Quénu. — M. Berger vient d'être un peu absolu. Certes il faut opérer vite, faire l'amputation interscapulo-thoracique dans les cas où les muscles sont envahis ; mais dans ceux où il ne le sont pas — et ces cas existent, car il en a observé un bien net — il lui semble inutile de sacrifier ainsi l'épaule tout entière ; la désarticulation de l'humérus lui semble suffisante dans les cas où une partie fibreuse délimite les tissus malades. On opère parfois des sarcomes limités à la tête humérale ; il est bien évident que dans ces cas la désarticulation de l'humérus est l'opération rationnelle, puisqu'elle permet d'enlever tous les tissus dangereux.

M. Lucas-Championnière n'a fait qu'une fois l'amputation interscapulo-thoracique, et encore pour un traumatisme grave. Cette opération constitue pour lui une énorme ressource pour les sarcomes envahissants du bras. Quand la chirurgie suppurait à flots, évidemment la désarticulation de l'épaule eût été moins grave et il eût été sage d'y recourir plutôt que de tenter pareille aventure, surtout si l'état des parties le permettait. Mais aujourd hui qu'a-t-on à craindre dans l'amputation interscapulo-thoracique ? Cette opération n'est pas plus grave que la désarticulation de l'humérus. Aussi se range-t-il à l'avis de M. Berger, car cette manière de voir est plus radicale que celle de M. Quénu.

M. Berger fait remarquer que les cas de sarcomes limités, auxquels M. Quénu vient de faire allusion, sont très exceptionnels. Cliniquement, on peut dire en effet que dès qu'il y a gonflement tel de l'épaule que l'intervention s'impose de suite, les muscles voisins sont déjà infiltrés par le tissu sarcomateux. D'un autre côté, en enlevant l'omoplate, on voit dans quel état se trouvent tous les paquets ganglionnaires et l'on peut faire un nettoyage complet. Aussi l'argumentation de M. Quénu ne l'a-t-elle pas convaincu.

M. Marchand a fait une désarticulation de l'épaule pour un enchondrome de l'humérus. L'opéré est mort 5 ans après sans récidive.

M. Quénu. — Ne parlons pas ici des enchondromes. Ils n'ont rien à voir avec les sarcomes. Aucune assimilation n'est possible entre ces deux sortes de tumeurs.

M. Berger fait un autre rapport sur une observation de M. Guéliot (de Reims). Il s'agit d'un cas de *greffe par la méthode italienne* pour une large ulcération du creux poplité, suite de brûlure. Des greffes de Thiersch avaient antérieurement été tentées et avaient réussi ; mais elles s'étaient détruites. M. Guéliot emprunta un grand lambeau au membre opposé. Réparation complète ; section du pédicule le 21e jour. M. Berger fait remarquer que les observations de ce genre sont encore assez rares.

M. Richelot fait une communication sur *l'extirpation du rectum par la voie sacrée*. — L'opération, préconisée par Kraske, a l'avantage de rendre facilement opérable des cancers du rectum qui, jusque-là, n'étaient justiciables que de l'anus iliaque. Malheureusement on semble avoir un peu dépassé la mesure et, en Allemagne en particulier, on tend à opérer par cette voie tous les cancers. Lorsque l'opération est pratiquée dans des conditions acceptables, elle ne donne qu'une faible mortalité. Certes il a opéré par le périnée des cancers du rectum, — et même il possède de ces cas ayant déjà 11 et 19 mois de survie, — et ce n'est pas là une voie à abandonner complètement. Mais, pour les cancers haut placés, c'est la voie sacrée qui est préférable. Il conseille de disséquer métho-

diquement le cancer haut situé, en conservant le sphincter, d'éviter la formation d'un cloaque recto-vaginal quand il s'agit d'une femme, et fait remarquer d'autre part que ce procédé peut permettre la cure des rétrécissements syphilitiques du rectum. M. Richelot cite ensuite les observations qui lui sont personnelles : 1° homme de 68 ans, ayant un cancer situé à 8 cm., haut de 3 cm., mobile. Opération très longue. Production d'une fistulette en arrière; mais récidive rapide dans le bout inférieur. Transformation ultérieure de cette fistulette en anus sacré ; le malade vit encore. — 2° Femme de 59 ans, cancer de la paroi antérieure du rectum, très étendu, impossible à enlever par la voie vaginale périnéale, car il remontait trop haut. On dédoubla la cloison recto-vaginale, disséqua un cylindre intestinal, respecta le sphincter et enleva tout le cancer par la voie sacrée. Cette malade est guérie depuis 8 mois, sans récidive. Elle va très bien et possède un anus normal. — 3° Un vieux bronchitique et catarrheux, opéré pour un cancer du rectum, est mort de congestion pulmonaire quelques jours après l'opération. — 4° Malade présentant un cancer du rectum, récidive d'une tumeur de même nature enlevée par la voie anale. — 5° *Rétrécissement syphilitique du rectum.* Absolument guéri. — M. Richelot, en terminant, fait remarquer que l'extirpation du rectum par la voie sacrée semble être la méthode de choix pour le traitement de ces rétrécissements syphilitiques et que la dilatation et la rectotomie postérieure ne sont que des procédés infidèles et ne s'appliquant qu'à des cas très particuliers.

M. Routier rappelle en quelques mots ses travaux sur cette question et cite une nouvelle observation où il a pu réséquer 12 cent. d'intestin ; malheureusement sa malade est morte ultérieurement de généralisation cancéreuse très rapide.

M. Quénu se réserve de revenir, dans la prochaine séance, sur le traitement des rétrécissements syphilitiques.

M. Robert (Val-de-Grâce) présente un malade atteint de *lymphangiectasie de la région inguinale* et de *filariose*.

M. Moty lit une note sur 6 cas de *lymphangiectasie*, observés au Val-de-Grâce. Dans deux cas seulement, on trouva des filaires.

M. Reclus cite un cas pour lequel M. Th. Anger fit le diagnostic de *lymphangiectasie de l'aine*, et qu'il a opéré, ayant cru à une hernie. La tumeur examinée au microscope a été dénommée, par un histologiste compétent, myxome.

M. Anger ne peut admettre un pareil diagnostic, étant donné le cas.

M. Broca présente un enfant de 4 ans auquel, en septembre 1890, il a pratiqué le *drainage du ventricule latéral droit pour hydrocéphalie*, après trépanation à 3 cent. en arrière et au-dessus du méat auditif externe. L'opération a été entreprise, malgré la soudure déjà effectuée des sutures, pour parer à une contracture du membre supérieur gauche, durant depuis 3 mois à la suite de convulsions. La contracture a cessé en 8 jours et n'a pas reparu. Mais l'état cérébral reste très défectueux, quoiqu'il y ait une amélioration incontestable pour la mobilité des membres supérieurs et inférieurs.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 février 1891. — Présidence de M. Le Blanc.

L'électricité et l'estomac dans les cas de dilatation.

M. Baraduc relate les résultats que l'électricité peut produire en agissant séparément sur l'une ou l'autre des deux innervations pneumo-gastrique ou *splanchnique*, c'est-à-dire le système nerveux personnel de l'organe. Il fait surtout ressortir la possibilité d'agir directement et séparément sur chacun des deux systèmes pour en stimuler les fonctions particulières ou en modifier les perturbations. Il expose l'action du pneumo-gastrique comme sensitivo-sécréteur et vaso-dilatateur. D'après lui, il faut considérer, dans l'estomac, l'estomac chimique et l'estomac mécanique, et il considère ce dernier comme jouant le principal rôle dans l'acte digestif, l'expérimentation ayant confirmé cette division. Parlant alors de l'électricité appliquée à la dilatation, M. Baraduc dit qu'on peut employer selon les cas de l'électricité faradique ou de l'électricité galvanique, il donne son opinion basée sur les faits qu'il a observés depuis 2 ans. D'après lui, il faut réserver la galvanisation, agir sur le pneumo-gastrique dans les cas de dyspepsie chimique, de défaut de sécrétions gastriques, chez les anachlorhydriques dont les digestions sont longues, l'estomac lourd, et l'employer immédiatement après le repas pour stimuler la fonction sécrétoire du pneumo-gastrique simultanément avec le sel et les pepto-chlorhydriques. La possibilité d'agir directement sur les nerfs sécréteurs du suc gastrique en les galvanisant au cou, entre les deux branches du sterno-mastoïdien, provient de leur position superficielle en ce point : l'action électrique est donc bien localisée sur eux pour en déterminer les effets sécréteurs vaso-dilatateurs et anti-péristaltiques. Il aborde ensuite les effets de la faradisation intra-stomacale et en localise l'effet à une action stimulante sur la fibre musculaire ; elle s'adresse surtout à la névralgie sécrétoire du pneumo-gastrique qu'elle paralyse par la haute tension du fil fin, comme elle contracture la fibre musculaire paralysée par le courant du fil gros quantitatif. Il arrive d'après sa pratique à formuler les conclusions suivantes : L'estomac, par son double système nerveux : *pneumo-gastrique* (sensitivo-sécréteur) et *splanchnique* (moteur viscéral), comporte une double action électrique : 1° Galvanisation du pneumo-gastrique au cou pour la dyspepsie chimique anachlorhydrique, les vomissements par irritabilité de l'estomac. 2° La faradisation intra-stomacale pour : A) inhiber les troubles sécrétoires de la névralgie du pneumo-gastrique chez les chlorotiques ; B) modifier les états nerveux, l'estomac irritable des névrosés, des rhumatisants et détruire les auras intra-gastriques en usant dans les deux cas du fil à haute tension ; C) combattre la paralysie motrice dans la dilatation de l'estomac, rétrécir d'une façon réelle et persistante la dilatation, diminuer les sécrétions acides, augmenter les sécrétions urinaires et rétablir les fonctions gastro-intestinales. On se servira dans ces cas de la faradisation avec le fil gros. En résumé, la galvanisation s'applique à la dyspepsie chimique, l'anachlorhydrie, le vomissement des états nerveux. La faradisation intra-stomacale est indiquée dans l'atonie stomacale, l'hyperchlorhydrie, la dilatation d'estomac avec dyspepsie motrice pour rétrécir la cavité dilatée. Les réflexes pathologiques à distance, cérébraux ou viscéraux, sont modifiables par la pratique intra-stomacale. Elle n'a jamais causé le plus léger accident, ni localement, ni par action à distance, cardiaque ou pulmonaire. Elle a toujours été faite dans l'estomac vidé graduellement et progressivement et adaptée à la sensibilité électro-neurique des malades.

M. Brivois trouve trop absolue la pratique de M. Baraduc qui emploie surtout la faradisation intra-stomacale, lorsque la faradisation extra-stomacale donne souvent de très bons résultats. Il rapporte divers cas où la franklinisation a produit des résultats surprenants dans diverses affections de l'estomac.

M. Bovet (de Pougues) a employé aussi les faradisations intra et extra-stomacale, mais en introduisant dans le premier cas de l'*eau alcaline* dans l'estomac, afin de répartir uniformément les effets électriques et d'éviter une localisation trop spéciale sur une partie de l'organe. D'après lui, avec l'emploi de l'électrode de M. Baraduc, sans addition de liquide dans l'estomac, on n'obtiendrait pas d'aussi bons résultats qu'avec l'introduction d'une liqueur alcaline. L'eau de Pougues, dans ces conditions, répond parfaitement à l'indication et constitue l'électrode intra-stomacal. Par la simple absorption de cette eau, il a vu des effets analogues à l'action de l'électricité sur le chimisme stomacal, des hypopeptiques sont devenus hyperpeptiques. Aussi doit-on tenir compte dans toutes ces méthodes des modifications qui surviennent dans la sécrétion gastrique, c'est-à-dire dans le chimisme stomacal, comme l'a si bien défini M. le Pr Hayem, auquel on doit de nouvelles et intéressantes découvertes sur cette grave question.

Poumons de singes tuberculeux traités par la lymphe de Koch.

M. Cérémonie, au nom de MM. Gautrelet et Léon Petit, présente les poumons de deux singes morts de la tuberculose après traitement par la lymphe de Koch. Ces deux malades,

qui auraient pu vivre encore quelque temps, ont succombé très rapidement à la suite des inoculations. Les lésions présentées par les poumons ont été absolument les mêmes : congestion très marquée autour des tubercules ainsi qu'à la périphérie des masses tuberculeuses. Ces expériences ne constituent qu'une note dans le travail d'ensemble qu'il présentera prochainement sur cette question.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — **De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale**; par le Dr Ch. Wirbel. Thèse, Paris, H. Jouve, 1890.

II. — **Comptes rendus de la section d'obstétrique et de gynécologie du Congrès international de médecine de Berlin**; par MM. Hartmann, Varnier et R. Labusquière. — Extrait des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1890. Steinheil, Paris, éditeur.

I. — Doit-on ou ne doit-on pas après l'hystérectomie abdominale rentrer dans l'abdomen le pédicule utérin préalablement lié? Telle est la grosse — très grosse — question que se posent aujourd'hui la plupart des gynécologistes. Deux causes d'échec sont en effet à redouter quand l'on traite par la méthode intra-péritonéale l'utérus amputé par la voie sus-pubienne: l'hémorrhagie et l'infection, c'est-à-dire la septicémie due à des microbes de la cavité utérine mise à jour. Il s'agit de savoir actuellement si, à l'aide d'artifices opératoires, on peut réduire à néant ces deux causes d'échecs, tellement importantes qu'il s'agit, simplement, de la vie ou de la mort des opérées. M. Wirbel, dans sa thèse, a essayé de démontrer qu'on pouvait y parvenir en prenant certaines précautions et utilisé la série des succès qu'il a observés dans le service de notre maître, M. le Dr Richelot. Il suffirait d'employer la *ligature élastique perdue* par la méthode de Kleeberg-Olshausen, c'est-à-dire de nouer autour du pédicule un fil de caoutchouc très solide, après avoir cautérisé avec grand soin la cavité utérine, visible sur la coupe du tissu utérin. On réduit le tout dans l'abdomen, en prenant bien soin d'enfoncer le moignon d'utérus qui reste dans le petit bassin, de façon à pouvoir le séparer de la masse intestinale, qui vient reposer sur lui, par le voile épiploïque, s'il est assez développé. Le pédicule est en quelque sorte isolé, de cette façon, dans une logette bien close. MM. Terrillon, Terrier et Richelot sont les seuls chirurgiens qui aient employé cette méthode en France. Ils ont obtenu de très beaux succès, mais les revers sont encore assez nombreux. Avec M. Wirbel, nous croyons que la statistique s'améliorera de plus en plus, quand on saura mieux faire l'opération (destruction au thermo-cautère des microbes se trouvant sur la coupe et sur la muqueuse, etc.), mais nous ne sommes pas si convaincu que lui de la supériorité définitive du procédé simple de la ligature élastique. Nous pensons que bien d'autres procédés pourront peut-être lutter avec ce dernier au point de vue de l'hystérectomie abdominale, entre autres celui qui consiste, après avoir fait l'opération de Kleeberg, à pratiquer l'extirpation vaginale, à l'aide des pinces, du moignon lié et réduit. Cette opération nouvelle, dite *kolpolaparo-hystérectomie* ou *hystérectomie abdomino-vaginale*, est peut-être appelée à un certain avenir.

II. — Les rédacteurs et l'éditeur des *Annales de Gynécologie* viennent d'avoir l'excellente idée de publier en un fascicule spécial les comptes rendus fort détaillés de la section d'*Obstétrique et de Gynécologie du Congrès international de Médecine de Berlin* (août 1890), que cette revue a publiés dans ses numéros d'août, septembre, etc. Cette innovation, imitée de ce que nous avons fait nous-même au *Progrès médical* pour le 1er *Congrès international de Physiologie* à Bâle (septembre 1890), avec la collaboration de MM. Gley, Langlois et de notre si regretté camarade Paul Loye, sera la bienvenue auprès de tous les gynécologistes qui doivent attendre encore plusieurs mois les comptes rendus officiels. Les spécialistes y trouveront de précieux renseignements; mais nous ne croyons pas devoir en vanter davantage l'exactitude et l'authenticité..., puisque nous avons été nous-même chargé de les recueillir à Berlin, comme envoyé spécial des *Annales de Gynécologie*. Ces analyses, parfois détaillées, n'ont certes pas la prétention de rivaliser avec la publication officielle qui paraîtra en grande partie en langue allemande; mais elles rendront certainement un service signalé à tous ceux de nos compatriotes qui ne sont pas familiarisés avec les idiomes étrangers. Il serait prétentieux d'insister d'avantage, puisque nous-même avons eu l'idée, il y a un an, de telles publications. Que nos amis nous pardonnent donc de ne pouvoir les féliciter davantage.

Marcel Baudouin.

VARIA

Faculté de médecine.

(Année scolaire 1890-91).

Les Cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars 1891 :

Cours. — Histoire naturelle médicale : M. Baillon. Etude des végétaux employés en thérapeutique, lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre). — Pharmacologie : M. Regnauld. Notions élémentaires et généralités sur les formes pharmaceutiques. Etude spéciale des bases médicamenteuses tirées du règne végétal : alcaloïdes, glucosides, etc., etc., mardi, jeudi, samedi, à 1 heure (Petit Amphithéâtre). — Physiologie : M. Ch. Richet. Nutrition. Système nerveux, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — Physique : M. Gariel. Applications de l'électricité à la physiologie et à la médecine. Chaleur, acoustique, radiations, actions moléculaires, lundi, mercredi, vendredi, à midi (Petit Amphithéâtre). — Anatomie pathologique : M. Cornil. Anatomie pathologique spéciale : lésions des os ; des articulations ; de la peau ; des organes de la respiration, de la digestion et des organes génito-urinaires, lundi, vendredi, mercredi (*voir affiche spéciale*), à 4 heures (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique). — Pathologie interne : M. Debove. Maladies de l'appareil digestif et du rein, mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — Pathologie et Thérapeutique générales : M. Bouchard. Les maladies inflammatoires, mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — Pathologie expérimentale et comparée : M. Straus. Technique et méthodes bactériologiques. Principales maladies microbiennes, en particulier la tuberculose. Toxines d'origine microbienne, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique). — Hygiène : M. Proust. Etiologie et prophylaxie des maladies transmissibles (endémies, épidémies). Visite d'établissements industriels. — Conférences pratiques au musée et au laboratoire, mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — Thérapeutique et matière médicale : M. Hayem. Traitement des maladies infectieuses, lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre). — Médecine légale : M. Brouardel. Des empoisonnements. Des asphyxies, lundi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre). — Conférences de médecine légale : M. Brouardel. Conférences de médecine légale, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques. — Cliniques médicales : M. G. Sée, lundi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu) ; M. Potain, mardi, samedi, à 10 heures (à la Charité) ; M. Jaccoud, mardi, samedi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié) ; M. Peter, mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'hôpital Necker) ; — Cliniques chirurgicales : M. Verneuil, lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures (à l'Hôtel-Dieu) ; M. Le Fort, lundi, mercredi, à 9 h. 1/2 (à la Pitié) ; M. Duplay, mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Charité) ; M. Le Dentu, mardi, vendredi, à 9 1/2 (à l'hôpital Necker). — Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'encéphale : M. Ball, dimanche, jeudi, à 10 heures (à l'asile Sainte-Anne). — Clinique des Maladies des Enfants : M. Granchel, mardi, samedi, à 4 heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). — Clinique des Maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, mardi, vendredi, à 9 heures (à l'hôpital Saint-Louis). — Clinique des Maladies du système nerveux : M. Charcot, mardi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à la Salpêtrière) ; — Clinique ophtalmologique : M. Panas, lundi, vendredi, à 9 h. 1/2 (à l'Hôtel-Dieu) ; — Clinique des Maladies des voies urinaires : M. Guyon, mercredi, samedi, à 9 h. 1/2 (à l'hôpital Necker) ; — Cliniques d'accouchements : M. Tarnier, mardi, jeudi, samedi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements, rue d'Assas) ; M. Pinard, lundi, mercredi, vendredi, à 9 heures (à la Clinique d'accouchements. — Clinique Baudelocque, 125, boulevard Port-Royal). Visite des malades tous les matins.

Professeurs honoraires : MM. Sappey, Hardy, Pajot, Richet.

Cours complémentaires. — Pathologie chirurgicale : M. Campenon, agrégé. Maladies de la tête (y compris yeux, oreilles,

bouche) et du rachis. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre). — Accouchements : M. BAR, agrégé. Dystocie. Opérations. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Conférences. — Chimie : M. FAUCONNIER, agrégé. Chimie organique médicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure 1/2 (Grand Amphithéâtre). Histologie : M. RETTERER, agrégé. Les épithéliums et les glandes; les muqueuses en général; le foie; le rein et l'appareil génito-urinaire, Peau. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre). Pathologie externe : M. NÉLATON, agrégé. Maladies du cou, du thorax et des membres. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). Pathologie interne : M. MARIE, agrégé. Système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Travaux pratiques. — Physique : M. WEIS, agrégé, chef des Travaux. Travaux pratiques de physique. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 heures à 6 heures. — Chimie : M. HANRIOT, agrégé, chef des Travaux. Travaux pratiques de chimie Mardi, jeudi, samedi, de 8 h. à 10 h. 1/2 du matin. — Histoire naturelle : M. FAGUET, chef de Travaux. Travaux pratiques d'histoire naturelle. Lundi, mercredi, vendredi, à 7 heures 1/2 du matin. — Histologie : M. RÉMY, agrégé, chef des Travaux. Travaux pratiques d'histologie. Mardi, jeudi, samedi, de 2 heures à 4 heures. — Physiologie : M. LABORDE, chef des Travaux. Démonstration de physiologie expérimentale. Lundi, vendredi, à 4 heures. — Médecine opératoire. Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures. — Anatomie pathologique : M. BRAULT, chef des Travaux. Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours à 2 heures.

Semestre d'Eté. — Division des études. — 1re *Année* : Physique médicale, Chimie médicale, Histoire naturelle médicale. Travaux pratiques obligatoires (doctorat et officiat), Chimie, Physique, Histoire naturelle — 2e *Année* : Physiologie, Histologie, Pathologie interne, Pathologie externe. Travaux pratiques obligatoires (doctorat), Physiologie, Histologie. Travaux pratiques obligatoires (officiat), Stage hospitalier, Physiologie. — 3e *Année* : Physiologie, Histologie, Pathologie interne, Pathologie externe, Thérapeutique et matière médicale, Pharmacologie, Anatomie pathologique, Cliniques médicale et chirurgicale. Travaux pratiques obligatoires (doctorat), Stage hospitalier, Physiologie, Histologie. Travaux pratiques obligatoires (officiat), Stage hospitalier. Physiologie, Médecine opératoire. — 4e *Année* : Pathologie et thérapeutique générales, Pathologie interne, Pathologie externe, Pathologie expérimentale et comparée, Thérapeutique et matière médicale, Pharmacologie, Hygiène, Médecine légale, Cliniques médicale et chirurgicale, Clinique obstétricale, Cliniques spéciales, Accouchements ; Maladies des femmes et des enfants, Anatomie pathologique. Travaux pratiques obligatoires (doctorat), Stage hospitalier, Médecine opératoire, Anatomie pathologique. Travaux pratiques obligatoires (officiat), Stage hospitalier, Médecine opératoire.

Le Musée Orfila et le Musée Dupuytren sont ouverts aux Elèves tous les jours, de 11 h. à 4 h.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours de 11 h. du matin à 5 h. de l'après-midi, et tous les soirs de 7 h. 1/2 à 10 h.

Les épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée.

Les dernières épidémies de fièvre typhoïde survenues dans l'armée ont vivement impressionné les familles des militaires exposés à en subir l'épreuve. Et tout récemment M. de Lanjuinais interpellait le ministre de la marine en vue d'obtenir de lui l'assurance que toutes les mesures prophylactiques étaient bien prises dans les casernements de l'infanterie de marine éprouvée par le terrible fléau à Cherbourg et à Brest. Le rapport annuel du ministre de la guerre vient à point pour établir officiellement le résultat des mesures adoptées par l'administration de la guerre. On sait que la naissance, le développement de la fièvre typhoïde doit être attribué à la mauvaise tenue des fosses d'aisances et à la mauvaise qualité des eaux potables. Les modifications apportées aux casernements portent donc sur la suppression des fosses d'aisances fixes et l'installation de filtres perfectionnés.

Voici d'ailleurs le rapport adressé au Président de la République Française par M. le Ministre de la Guerre :

Paris, le 12 février 1891.

Monsieur le Président,

Dans mes rapports du 16 juin 1889 et du 18 février 1890, j'ai exposé les principales mesures prises par mon administration pour atténuer les ravages de la fièvre typhoïde dans l'armée. Ces mesures consistent essentiellement dans la suppression des fosses d'aisances fixes et dans l'amélioration des eaux potables. Cette dernière précaution surtout exerce un effet décisif sur la naissance et le développement de la maladie. Une expérience de près de trois années a montré que, chaque fois qu'une eau pure a été substituée dans les casernes à une eau contaminée, l'épidémie qui s'était déclarée n'a pas tardé à diminuer et à s'éteindre entièrement ; et, inversement, chaque fois que l'eau, jusque-là bonne, avait été contaminée par suite de circonstances quelconques, la maladie avait bientôt fait son apparition et s'était développée tant que la cause avait elle-même duré.

C'est cette conviction qui m'a engagé à poursuivre avec persévérance l'installation de filtres perfectionnés dans tous les établissements où il n'était pas possible de faire arriver des eaux naturelles d'une qualité irréprochable. Au 1er janvier 1889, il existait un nombre de casernements représentant 230,000 places disponibles dans lesquels l'installation de filtres était reconnue nécessaire. Au 1er janvier 1890, ce nombre était tombé à 153,000; il n'est plus actuellement que de 61,000, et j'ai tout lieu de croire qu'il aura disparu à la fin de l'année. En ce moment, il existe 18,759 bougies filtrantes, fonctionnant dans 264 établissements. Après quelques tâtonnements, l'installation et l'entretien n'ont plus rien laissé à désirer et la régularité des appareils est devenue parfaite. La diminution de la fièvre typhoïde a suivi une marche parallèle. On en pourra juger par le tableau que j'ai fait dresser, dans lequel les nombres des cas de maladie et des décès, pendant chacune des années 1889 et 1890, sont comparés avec la moyenne des deux années 1886 et 1887 ; je laisse de côté l'année 1888, année de transition, dans laquelle j'ai fait procéder aux premiers aménagements.

Ainsi, en 1890, la réduction sur le nombre des cas est de la moitié, et, sur le nombre des décès, d'un tiers. Il est assez remarquable que, dans chacune des années 1889 et 1990, les cas ont diminué dans une proportion plus grande que les décès.

Cela tient sans doute à ce que, parmi les eaux remplacées ou améliorées, il s'en trouvait qui contenaient le germe typhique en proportion relativement faible et qui déterminaient peu de cas mortels. Il faut considérer aussi que les soins et précautions de tous genres, qui ont redoublé dans les corps de troupes, sont d'autant plus efficaces que les influences morbides sont moins fortes et qu'il est dès lors plus facile de prévenir les épidémies bénignes que d'arrêter les épidémies meurtrières.

Les résultats de 1890 auraient été encore plus satisfaisants si l'épidémie d' « influenza » qui a sévi dans les premiers mois de l'année n'avait aggravé un certain nombre de cas, ainsi qu'elle a fait pour d'autres maladies, et si, d'autre part, des épidémies locales de fièvre typhoïde n'avaient brusquement éclaté dans plusieurs garnisons, où rien ne les faisait prévoir, par suite de la contamination, constatée après coup, des conduites municipales qui fournissaient l'eau aux casernes. Il y a tout lieu d'espérer que ces accidents deviendront de plus en plus rares à mesure que l'attention des autorités civiles est davantage appelée sur cette nature de dangers.

Quoi qu'il en soit, en tenant compte que les améliorations introduites en 1890 ont été graduelles et ne porteront leur plein effet qu'en 1891, il est permis de penser, ainsi que je l'indiquais dans mon rapport du 18 février 1890, qu'une fois la réforme terminée, le nombre des cas sera réduit des trois quarts et celui des décès des deux tiers (1).

Cette prévision est confirmée par les résultats obtenus dans le gouvernement de Paris, où la substitution de la bonne eau a pu être réalisée, dans tous les établissements *intra muros*, dès la fin de 1889.

Quand les établissements *extra muros*, qui entrèrent dans cette statistique, seront pourvus des filtres dont l'installation est ordonnée, le résultat annoncé sera largement atteint ou plutôt dépassé. Il n'y a pas de motif pour qu'il n'en soit pas de même sur l'ensemble du territoire, et j'ai confiance que la statistique générale de 1892 en fournira l'éclatant témoignage.

Je suis d'autant plus fondé à l'espérer que je rencontre de toutes parts dans l'armée les concours les plus dévoués. Le commandement et le service de santé rivalisent de zèle, à tous les degrés de la hiérarchie, pour assurer le bien-être des hommes et améliorer l'hygiène. Ce n'est pas seulement sur la qualité des eaux que leur sollicitude s'exerce ; mais elle porte sur divers points qui intéressent le développement des épidémies, tels que surmenage, propreté corporelle, désinfection des casernements, etc.

Ces efforts combinés auront certainement pour résultat d'abaisser dans une proportion notable la mortalité générale dans l'armée ainsi que le nombre des journées d'hospitalisation (2).

(1) On ne peut espérer faire disparaître entièrement la fièvre typhoïde de l'armée, parce qu'elle y est journellement introduite par des causes extérieures (arrivée des recrues, des réservistes, alimentation en dehors des casernements, etc.).

(2) Voir dans le dernier n° (p. 139-140) les réflexions sur l'hygiène des lycées et des casernes : transformation des égouts et des cabinets d'aisances, application du tout à l'égout, eau de sources, *bains* réguliers et *hydrothérapie* sérieuse.

Service de santé militaire.

Appel en 1891 des médecins de réserve et de l'armée territoriale.

La nécessité de familiariser les médecins de réserve et de l'armée territoriale avec leur service spécial du temps de guerre a engagé le ministre de la guerre à convoquer en 1891, pour une période d'instruction de 28 jours, 25 médecins-majors de 2e classe et 232 médecins aide-majors de 1re et 2e classe, appartenant à la réserve de l'armée active et, pour une période de 13 jours, 50 médecins-majors de 2e classe, et 234 médecins aide-majors de 1re ou de 2e classe appartenant à l'armée territoriale. Ces convocations auront lieu en deux séries aux mois de mai, pour la réserve (6 mai au 2 juin) ; pour la territoriale (21 mai au 2 juin) ; et d'octobre (1er au 28 octobre) pour la réserve ; (16 au 28 octobre) pour l'armée territoriale, en France seulement. Les médecins seront désignés par les commandants des dix-huit corps d'armée, de préférence parmi ceux n'ayant pas encore été convoqués en commençant par les plus jeunes de grade, et ensuite parmi ceux désirant bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889. Les médecins affectés à l'Algérie et à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans les corps d'armée où ils sont domiciliés Aucune dispense d'appel ne sera accordée si ce n'est pour cause de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seront formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandants de corps d'armée. Les intéressés sont d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

Revaccination des externes des hôpitaux.

L'Administration de l'Assistance publique de Paris a adressé à tous les chefs de service des hôpitaux la circulaire suivante :

Paris, le 12 Février 1891.

Monsieur le Docteur,

Aux termes du Règlement sur le Service de santé, les élèves en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes, sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces nécessaires pour leur inscription, un certificat de revaccination portant une date récente.

Ce certificat a été exigé de tous les candidats au moment de leur inscription pour le concours de l'externat. Mais l'action de l'Administration se trouve forcément bornée à la constatation de l'existence de cette pièce administrative, et il n'est pas en son pouvoir d'apprécier si ceux qui l'ont produite peuvent, sans danger, faire un service dans nos hôpitaux.

Il serait donc désirable que MM. les Chefs de Service voulussent bien d'abord s'assurer que la revaccination constatée par ce certificat a pu produire tous ses effets et, en même temps, user de l'autorité qu'ils exercent à juste titre sur leurs élèves pour obliger ceux qu'ils ne considéreraient pas comme étant à l'abri de la contagion à se faire vacciner de nouveau.

Les mutations qui viennent d'avoir lieu dans le personnel des internes et des externes me paraissent offrir une occasion favorable pour exercer ce contrôle si nécessaire, et je vous serai très obligé, Monsieur le Docteur, de vouloir bien vérifier par vous-même si les nouveaux élèves qui ont été classés dans votre service ont été tous revaccinés efficacement, ou s'il ne serait pas utile qu'ils se fissent inoculer de nouveau.

Je compte sur votre bienveillant concours pour aider l'Administration dans l'application d'une mesure prise dans l'intérêt de tous, et surtout dans l'intérêt de nos élèves que leur situation expose à de fréquents dangers.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée. *Pour le Directeur de l'Administration Générale de l'Assistance publique,*

H. DEROUIN.

L'Administration a fait son devoir ; c'est aux chefs de service à faire le leur.

Vaccination et revaccination.

Circulaire et arrêté n'admettant les aspirants aux grades de docteur en médecine, d'officier de santé et de pharmacien, à s'inscrire dans les Facultés et les Ecoles de médecine et de pharmacie que sur la production d'un certificat de revaccination.

M. le Recteur, j'ai l'honneur de vous transmettre un certain nombre d'exemplaires d'un arrêté rendu en Conseil supérieur de l'Instruction publique et aux termes duquel les étudiants en médecine et en pharmacie ne seront admis, à l'avenir, à s'inscrire dans les Facultés et les Ecoles de médecine et de pharmacie que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou de l'Ecole. Les étudiants actuellement en cours d'étude ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat de revaccination. Il résulte des dispositions qui précèdent que les aspirants aux grades de docteur, d'officier de santé, de pharmacien de première et de deuxième classe, devront au moment de la première inscription, au commencement de la prochaine année scolaire, prouver qu'ils viennent d'être revaccinés. Les étudiants en cours d'études ne pourront prendre l'inscription du trimestre d'avril prochain que dans les mêmes conditions. MM. les Secrétaires des Facultés et Ecoles refuseront l'inscription de tout candidat qui ne se sera pas conformé aux prescriptions de l'arrêté du 1er janvier 1891. Cet arrêté stipule que les Facultés et Ecoles détermineront les conditions du contrôle sous lequel la revaccination doit être faite. Vous voudrez bien donner des instructions dans ce sens à MM. les Doyens et Directeurs de ces établissements, et me faire connaître les dispositions adoptées.

Je vous prie de veiller personnellement à l'exécution de ces dispositions. Recevez, etc.

Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Léon BOURGEOIS.

ARRÊTÉ :

Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu, Arrête :

Article 1er. — Les aspirants aux grades de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmacien de première et de deuxième classe, ne sont admis à s'inscrire dans les Facultés, Ecoles supérieures, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie que sur la production d'un certificat constatant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou Ecole. Les Facultés et Ecoles détermineront les conditions de ce contrôle.

Art. 2.— Les étudiants actuellement en cours d'études ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat dont il s'agit.

En donnant ce texte officiel, nous insistons encore une fois pour que l'obligation de la revaccination soit imposée aux aspirants à tous les *établissements* d'enseignement supérieur. B.

Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

Le comité s'est réuni lundi dernier, au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le Dr Brouardel. En l'absence de M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, M. le Dr Proust expose la situation sanitaire à l'intérieur. Pendant le mois de janvier il y a eu à Marseille 87 décès causés par la *variole*. A Beaune une épidémie de scarlatine s'est produite. M. Proust signale à Cherbourg 19 décès causés par la fièvre typhoïde dont 18 parmi les soldats de la marine ; à Dunkerque six cas de fièvre typhoïde. Les mesures prescrites par le comité ont été appliquées. M. Proust fait ensuite l'historique d'une *épidémie de grippe infectieuse* qui a sévi à Marseille, dans une maison, et à un seul étage de cette maison. Il y a eu sept malades ; trois d'entre eux sont morts. Un des membres de la famille, qui s'était fait transporter à l'hôpital de la Conception, a communiqué la maladie à un infirmier, qui a guéri. M. Proust rappelle à ce sujet une épidémie analogue qui s'est produite en 1866, à l'hôpital de la Pitié, à Paris. Il y a eu six malades, quatre occupant la salle depuis quelque temps, un infirmier et un externe. Les six malades ont succombé à des pneumonies infectieuses.

M. le Dr Proust expose ensuite *l'état sanitaire* à l'étranger. En Syrie, le *choléra* qui régnait depuis plusieurs mois semble avoir disparu depuis le 22 janvier. Des patentes nettes sont délivrées aux navires partant des ports de Syrie. Au Japon, l'épidémie de choléra paraît également éteinte. La *fièvre jaune* est signalée à l'embouchure du Niger. Les compagnies de navigation ont été préservées.

M. Pouchet lit ensuite un rapport sur la *coloration artificielle des prunes tachées par le brouillard*, et un autre sur l'*adjonction au tabac*, d'une plante médicinale destinée à atténuer les effets de la nicotine.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Déjerine.

MARDI 24. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Humbert, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Ballet.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Peter, Legroux, Hutinel.

MERCREDI 25. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Jalaguier.

JEUDI 26. — Dissection : MM. Panas, Guyon, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Hanot, Netter.

VENDREDI 27.— 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Segond, Ribemont-Dessaignes, — 4e *de Doctorat* (1re partie)

(Charité) : MM. Pinard, Terrillon, Tuffier. — (2e partie) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud

SAMEDI 28. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Campenon, Maygrier. — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Duplay, Brun, Bar. — (2e partie) : MM. Debove, Gilbert, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 25. — M. Lefebvre Des déformations ostéo-articulaires consécutives à des maladies de l'appareil pleuro-pulmonaire. — M. Burnet. Contribution à l'étude de l'hystérie Infantile (son existence au-dessous de l'âge de cinq ans). — M. Vilpelle. De la conduite à tenir dans le cas de dystocie due aux épaules. — M. Delcroix. Etude sur la rupture centrale du périnée en accouchements.

JEUDI 26. — M. Rouairoux. De la rhinotomie médiane (comme opération préliminaire pour aller à la recherche des tumeurs siégeant dans la cavité naso-pharyngienne). — M. Florant. Des manifestations délirantes de l'urémie. Folie brightique. — M. Martinez. Du diagnostic et du traitement des appendicites. — M. Lefebvre (Eugène). Les nouveaux traitements opératoires du prolapsus du rectum.

Enseignement médical libre.

Cours de gynécologie. — M. le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux, commencera le mardi 5 mai, à 4 heures 1/2, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie qui sera complet en 15 leçons et en 5 semaines. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser 15, rue Mallebranche (rue Soufflot).

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

FORMULES

VIII. — Sous-nitrate de bismuth dans le traitement de l'eczéma chez les enfants.

I. — Sous-nitrate de bismuth. . . . . . 20 gr.
Oxyde de zinc . . . . 5 —
Acide phénique. . . . . 2 —
Vaseline . . . . 30 —

Pommade pour frictionner les parties affectées.

Dans le cas où il existe des phénomènes d'irritation, employez :

II. — Sous-nitrate de bismuth . . . . . . 5 gr.
Glycérine. . . . . 20 —
Acide phénique. . . . . XII gouttes.
Eau de roses. . . . . 30 gr.

Agitez énergiquement ; badigeonnez avec une brosse molle. (*Nouveaux Remèdes*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 févr. 1891 au samedi 14 février 1891, les naissances ont été au nombre de 1224 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 460 ; illégitimes, 144, Total, 604. — *Sexe féminin :* légitimes, 457 ; illégitimes, 163, Total, 620.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 fév. 1891 au samedi 14 février 1891, les décès ont été au nombre de 1031 savoir : 534 hommes et 497 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 10, F. 7, T. 17. — Variole : M. 0, F. 2, T. 2. — Rougeole : M. 13, F. 4, T. 17 — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 7, F. 1, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 18 F. 20, T. 38. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 73, T. 193 — Autres tuberculoses : M. 11, F. 14, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 12, F. 41, T. 53. — Méningite simple : M. 18, F. 13. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 24, T. 50. — Paralysie : M. 3, F. 3, T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 27, T. 46. — Bronchite aiguë : M. 16, F 19, T. 35 — Bronchite chronique : M. 26, F. 32, T. 58. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 22, T. 41 — Pneumonie : M. 26, F. 38, T. 64. — Gastro-entérite, biberon, M. 17, F. 10, T. 27. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 3, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 3, T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5 T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 19, F. 13, T. 32 — Sénilité : M. 10, F. 20, T. 30. — Suicides : M. 15, F. 4, T. 19 — Autres morts violentes : M 6, F. 3, T. 9. — Autres causes de mort : M. 99, F. 75, T. 174. — Causes restées inconnues : M. 11, F. 8, T. 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 109, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 44, illégitimes, 13. Total : 57. — *Sexe féminin :* légitimes, 37, illégitimes, 15. Total : 52.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — *Arrêté fixant la répartition des thèses pour l'année scolaire* 1890-1891. — Du 31 janvier. — Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, Vu l'arrêté du 21 juillet 1882, portant réglement du service de thèses, Arrête : *Art.* 1er. — Le nombre des exemplaires de thèses dont le dépôt pour le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour l'année scolaire 1890-1891 : Faculté de médecine (Paris) : 170 exemplaires. — Facultés de médecine (départements) : 140 exemplaires. — Faculté des sciences (Paris) : 146. — Facultés des sciences (départements) : 105 exemplaires. — Ecoles supérieures de pharmacie : 110 exemplaires. — *Art.* 2. La répartition des exemplaires déposés aura lieu conformément aux tableaux annexés à l'arrêté du 21 juillet 1882, sur lesquels les noms de l'Académie de Lausanne et de l'Université John Hopkins de Baltimore devront être ajoutés aux noms déjà introduits par les arrêtés des 25 octobre 1883, 4 novembre 1885 et octobre 1886.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.* — M. CHAFFARD, chef de clinique ophtalmologique, a commencé un cours d'optique physiologique le vendredi 20 février 1891, à 5 heures (amphithéâtre Dupuytren), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — M. LYOT (André-Constant), docteur en médecine, est institué, pour un an, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Walther, dont le temps d'exercice est expiré.

Travaux pratiques d'histologie (Sous la direction de M. REMY, Agrégé, Chef des Travaux). — 1° Etudiants de 2e année : Les Travaux pratiques d'Histologie du Semestre d'été, obligatoires pour les Elèves Docteurs de 2e année, commenceront le mardi 7 Avril 1891, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de 2 h. 1/4 à 4 heures de l'après-midi (Ecole Pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). MM. les Etudiants de 2e année, qui ont pris la 6e inscription en Janvier 1891, seront convoqués individuellement par lettre spéciale. — 2° Etudiants de 3e année : Les travaux pratiques d'Histologie sont facultatifs pour les Elèves de 3e année. Le laboratoire sera ouvert, à partir du 10 mars 1891, les mardi, jeudi, samedi, de 4 à 6 heures de l'après-midi, aux élèves de 3e année qui désireraient examiner des préparations histologiques en vue du 2e examen (1re partie) de doctorat. Ces Etudiants devront, au préalable, se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 2) jusqu'au 4 Mars inclusivement et présenter la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à la 10e inscription prise en janvier 1891 ; ils seront convoqués par lettre spéciale.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. DUTILLEUL (Georges-Alphonse-Joseph), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, à partir du 1er janvier 1891, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Surmont, dont la délégation est expirée.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : *Internes titulaires :* MM. Pérignon, Didier, Franchomme et Mahieu. — *Interne provisoire :* M. Drappier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M. ÉTIENNE (Pierre-Paulin), docteur en médecine, est chargé des fonctions de chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, pendant la durée du congé accordé à M. Frœlich (du 16 décembre 1890 au 31 décembre 1891). Un congé sans traitement, du 16 décembre 1890 au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Frœlich, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy. — M. FROELICH (Marie-Albert-Auguste-Raoul-René) bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est institué, pour 3 ans, à partir du 16 décembre 1890, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, en remplacement de M. Sœnique, démissionnaire. M. HAUSHALTER, docteur en médecine, est maintenu pour un an, à dater du 1er janvier 1891, dans les fonctions de chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy. — M. KNŒPFLER, docteur en médecine, est maintenu pour un an, à dater du 1er janvier 1891, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Nancy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — On a distribué jeudi dernier, à la Chambre des Députés, un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 221.667 fr. pour l'installation de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. L'exposé des motifs dit: La Faculté fonctionnera à partir du 16 mars 1891. Il est donc indispensable de pourvoir dès cette date aux dépenses, tant du personnel que du matériel. Le montant de ces dépenses s'élèvera annuellement à 280.000 fr. Suivant les deux conventions de 1880 et de 1886, et la délibération du Conseil municipal en date du 16 octobre 1890, la ville de Toulouse prend à sa charge la totalité des dépenses; toutefois, il lui sera tenu compte des droits perçus par l'Etat, et la ville versera la différence dans les caisses du Trésor public. Le crédit afférent à l'exercice 1891 est calculé pour la période du 16 mars au 31 décembre, soit, sur le chiffre total de 280.000 fr., une somme de 221.667 fr.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1891, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. QUESNEVILLE, docteur ès sciences, agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, pour l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de chef des travaux pratiques à la dite Ecole.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission.* — Ce concours sera ouvert le lundi 11 mai 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription de candidats sera ouvert le lundi 13 avril 1891, et sera clos définitivement le lundi 27 du même mois, à trois heures.

Concours pour une place de médecin du Bureau central. — Voici la liste des membres du jury pour le concours qui doit s'ouvrir sous peu. Juges titulaires : MM. Ollivier, Hanot, Brocq, Dumontpallier, Matice, Rendu. Juges suppléants : MM. Barth, Landrieux, Charcot, Luys. MM. Humbert, Bouilly, Cusco, Horteloup sont les chirurgiens dont les noms sont sortis de l'urne. L'un d'entre eux, M. Humbert, complétera le jury.

AMBULANCES URBAINES. — L'ambulance urbaine de l'hôpital Saint-Louis a transporté par voiture spéciale et soigné à l'ambulance, pendant l'année 1890, 2.112 blessés et malades, que l'on répartit de la manière suivante : accidents, 945; suicides, 149; tentatives de meurtre, 65; accouchements, 95; épilepsie et apoplexie, 272; alcoolisme, 109; autres cas, 438. Le nombre des transports, pendant l'année 1889, s'était élevé à 2.054. Rappelons que trente postes téléphoniques spéciaux au service de l'ambulance urbaine sont installés pour la plupart dans des pharmacies, sur les 3e, 9e, 10e, 11e, 19e et 20e arrondissements ; les autres arrondissements ne communiquent qu'exceptionnellement avec l'ambulance urbaine.

ASSAINISSEMENT DE VALENCE. — Une loi vient d'autoriser la ville de Valence (Drôme) à emprunter 3.850.000 fr. pour l'exécution de divers travaux, notamment la reconstruction de l'abattoir, l'établissement d'un réseau secondaire d'égouts et l'amélioration du service des eaux.

ATTENTAT CONTRE UN MÉDECIN. — Un crime a été commis cette semaine à Torreilles, près Perpignan, sur un médecin. M. le Dr Soler était allé chez un cultivateur qui se disait malade. Pendant qu'il rédigeait son ordonnance, cet homme se leva armé d'un grand sécateur pour tailler la vigne et en porta plusieurs coups violents sur la tête du médecin. Saisissant ensuite un couteau de cuisine, il le frappa de nouveau sur le crâne. Les voisins accoururent et désarmèrent le forcené, qui a agi par vengeance personnelle. Les blessures du docteur Soler sont très graves ; peut-être est-il décédé à l'heure actuelle.

CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE CHIRURGIE. — Ce Congrès aura lieu à Berlin du 1er au 4 avril 1891.

HOSPICES CIVILS DE MARSEILLE. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien adjoint à l'hospice Sainte-Marguerite.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien adjoint à l'hospice Sainte-Marguerite sera ouvert le lundi 25 mai 1891, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, depuis le lundi 27 avril 1891, jusqu'au vendredi 15 mai inclusivement, de 2 heures à 6 heures du soir. — *Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre* : Les concurrents auront à remplir les conditions suivantes : 1° Etre français ou naturalisé français ; 2° Etre pourvu du diplôme de pharmacien de 1re classe ; 3° N'avoir ni tenir officine ouverte ; 4° Etre de bonne vie et mœurs, célibataire ou veuf sans enfants. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close ; il se compose de : deux professeurs de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie, d'un pharmacien de la ville, de deux pharmaciens en chef des hôpitaux, et de deux suppléants choisis parmi les pharmaciens de la ville. — *Epreuves du concours* : 1° Une épreuve écrite sur un sujet de pharmacie, chimie et matière médicale. Il sera accordé 4 heures aux candidats pour cette épreuve. 2° Une épreuve orale sur la pharmacie, la chimie et la matière médicale, dont la durée sera de quinze minutes, après une demi-heure de réflexion. 3° Une première épreuve pratique, consistant dans l'essai d'un médicament. Trois heures seront accordées pour cette épreuve. 4° Une seconde épreuve pratique consistant dans la reconnaissance de trente produits appartenant à la pharmacie et à la matière médicale qui seront désignés par le jury. Quinze minutes seront accordées pour l'ensemble de cette épreuve. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : 1° Pour l'épreuve écrite, 60 points ; 2° Pour l'épreuve orale, 30 points ; 3° Pour l'analyse, 60 points; 4° Pour la reconnaissance, 60 points. Le pharmacien adjoint sera nommé pour trois ans : il pourra être renommé. Son traitement est fixé à 1,200 fr. par an. Il sera logé et nourri dans l'établissement. Il devra consacré tout son temps au service de l'hospice. Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la commission administrative, du règlement sur le service pharmaceutique des hôpitaux, en date du 28 février 1885, approuvé par M. le Préfet le 9 mai suivant ; ils seront, en outre, tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes les dispositions du règlement intérieur des hôpitaux, en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées.

JUBILÉ VIRCHOW. — Le comité anglais qui s'est constitué à l'effet de coopérer avec le comité allemand pour la préparation du 70e anniversaire de Virchow, le 13 octobre 1891, se compose de MM. les Prs J. Paget, Lauder-Brunton, Semon et V. Horsley. Il recueille les souscriptions à l'effet de contribuer aux frais de la médaille d'or qui sera remise à M. Virchow.

LA FIÈVRE JAUNE A LYON ET LES PERRUCHES. — Le *Nouvelliste de Lyon* annonce que la fièvre jaune a fait quatre victimes aux portes de Lyon. Voici, dit-il, dans quelles circonstances : il y a moins d'un mois, deux jeunes mariés venaient de Marseille visiter une tante et offraient à celle-ci deux perruches débarquées depuis la veille. Peu de jours après, les nouveaux arrivés, la tante et la domestique de cette dernière, c'est-à-dire tous les habitants de la maison, tombèrent malades ; un médecin fut aussitôt mandé et se trouva en présence d'un mal étrange. Il eut recours aux lumières d'un collègue et tous deux, après minutieux examen, diagnostiquèrent la fièvre jaune. Malgré les soins intelligents et dévoués dont furent entourés les malades, tous les quatre, à peu de jours d'intervalle, succombèrent à la maladie qui les étreignait. Les médecins s'enquirent, naturellement, des causes qui pouvaient avoir apporté sous notre climat cette fièvre terrible. Ils purent se convaincre que le germe de la maladie provenait des perruches récemment arrivées d'Océanie ; ces oiseaux, du reste, dépérissaient à vue d'œil et ne tardèrent pas à mourir de consomption. La maison où ce malheureux événement s'est produit a été désinfectée. — On avouera cependant que ce fait mériterait confirmation. Il serait très désirable que les médecins en question publiassent les observations ayant trait à cette extraordinaire apparition de la fièvre jaune aux environs de Lyon.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr TOUVENET, ancien médecin du lycée de Limoges, est nommé médecin honoraire.

MÉDECINS DES THÉATRES. — L'article suivant du cahier des charges de l'Opéra a été adopté cette semaine : Les médecins composant le service médical de l'Opéra seront nommés par le ministre sur la présentation du directeur et sur la proposition de l'administration des beaux-arts.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le docteur Edouard CHANTRE est chargé d'une mission en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation et le fonctionnement des policliniques. — M. FLAMAND, préparateur de minéralogie à l'Ecole supérieure des sciences d'Algérie, est chargé d'une mission géologique et minéralogique dans le sud et l'extrême sud de l'Algérie.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons avec plaisir le premier numéro du journal l'*Assistance*, publié par la *Policlinique de Paris*. Le besoin d'un journal de ce genre se faisait vivement sentir ; aussi nous ne doutons pas qu'il n'arrive à d'excellents résultats, grâce au zèle dévoué de son rédacteur en chef, le Dr Butte,

et de l'un de ses secrétaires de la rédaction, notre ami et collaborateur Albin Rousselot.

Société de médecine de Toulouse. — Dans sa séance du 2 février courant, la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse a déclaré vacantes deux places de membre résidant : une dans la section de médecine et une dans la section de pharmacie. Les candidats, docteurs en médecine depuis trois ans et domiciliés à Toulouse depuis deux ans au moins, qui désireraient concourir, devront faire parvenir, au siège de la Société, rue des Lois, 30, avant le 2 avril prochain, leurs titres accompagnés d'un mémoire manuscrit, écrit en français, sur une des branches de l'art de guérir.

Université de Bruxelles. — *Troubles parmi les Etudiants.* — Vendredi dernier a eu lieu un meeting d'étudiants de l'Université de Bruxelles. La réunion a voté à l'unanimité l'ordre du jour suivant : Les étudiants protestent énergiquement contre le manque d'égards dont le Conseil d'administration s'est rendu coupable envers le corps professoral en choisissant des titulaires parmi les membres permanents pour pourvoir aux vacances qui s'étaient produites depuis longtemps déjà, au moment où la plupart des professeurs demandaient la suppression de ces derniers ; protestent contre l'injustice flagrante qu'il a commise en refusant à la Faculté des sciences et à l'Ecole polytechnique une représentation égale à celle des autres Facultés ; protestent enfin de toute leur énergie contre l'outrage qu'il a infligé à aux deux vaillants professeurs, MM. Rougeot et Charbo, en les excluant du Conseil, malgré l'avis unanime de la Faculté des sciences et de l'Ecole polytechnique. Un second ordre du jour, invitant les étudiants à adresser au Conseil d'administration une pétition dans laquelle ils exposeront leurs griefs et revendiqueront leurs droits, a été également adopté à l'unanimité.

Un nouvel asile-ouvroir. — La Société philanthropique vient de fonder, rue de Blainville, nº 7, un asile-ouvroir destiné à recevoir pendant un certain laps de temps les ouvriers atteints par le chômage. Le séjour dans l'ouvroir ne devra pas dépasser trente jours. Les hospitalisés seront logés et nourris, mais, en retour, ils devront effectuer un travail qui consistera à fabriquer les jouets faciles à exécuter. Ils seront tenus de faire chaque jour une tâche calculée à raison de 1 fr. 50 ; tout ce qu'ils gagneront en plus formera un petit pécule qu'on leur remettra à la sortie de l'Asile. Les objets fabriqués seront vendus par les soins de la Société ; elle aidera aussi les hospitalisés à trouver du travail. La cérémonie d'inauguration a eu lieu le lundi 15 février, sous la présidence de MM. Jules Simon et René Goblet. Nous souhaitons à la nouvelle société philanthropique le meilleur succès.

Nécrologie. — [illegible]

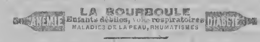
[illegible]

Phthisie. Vin de Bayard à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant de la thérapeutique. Une à deux cuillerées par repas.

Précieuse. Source de **VALS**, très efficace contre les affections du Foie et de la Vessie. (Calculs, Gravelle, Diabète, Goutte, etc.) *Prescrite par les Médecins des Hôpitaux de Paris.*

Albuminate de fer soluble (Liqueur de Laprade) le plus assimilable des ferrugineux (Pr Gubler). Une cuillerée à chaque repas. Chlorose et troubles de la menstruation, c'est le fer gynécologique par excellence.

Dyspepsie. — Vin de Chassaing. —*Pepsine.* — *Diastase.*



Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL.*

Viennent de paraître :

ŒUVRES COMPLÈTES DE J.-M. CHARCOT

Hémorrhagie cérébrale, Hypnotisme, Somnambulisme, etc., etc. Un beau volume in-8 [illegible] de 571 pages avec [illegible] planches en phototypie et chromolithographie (tome IX des Œuvres complètes). Prix : 15 francs. — Pour nos abonnés, prix : 10 francs.

L'Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat. [illegible] Chirurgie du Dr Terrier (1883-1889), par le Dr Marcel Baudouin, avec [illegible] de **M. le Dr F. Terrier**. Un [illegible] in-8 de 220 pages, avec 10 figures et 4 photogravures. Prix : 5 francs. — Pour nos abonnés : 3 fr. 75.

[illegible]

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — [illegible] GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 9. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 FÉVRIER 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr TERRILLON.

Sarcomes de l'Utérus.

Leçon recueillie par P. BLAISE, interne du service.

Ceux d'entre vous, Messieurs, qui fréquentent les services de gynécologie ont dû être frappés de la rareté de certaines tumeurs utérines, comparée à la fréquence des épithéliomas et des fibrômes de cet organe. Nous avons actuellement dans nos lits une de ces tumeurs rares : un sarcome de l'utérus. J'ai discuté dernièrement devant vous ce diagnostic au lit de la malade ; je vais aujourd'hui vous donner une idée d'ensemble de cette affection.

Le sarcome de l'utérus peut se présenter sous deux aspects, suivant qu'il se développe aux dépens de la muqueuse ou qu'il atteint le parenchyme utérin lui-même, d'où deux grandes variétés : le sarcome de la muqueuse et le sarcome du parenchyme.

Le sarcome de la muqueuse présente lui-même, au point de vue anatomo-pathologique, deux formes : la forme végétante et la forme ulcéreuse.

Dans la première, la muqueuse envahie s'hypertrophie et forme une série de mamelons plus ou moins volumineux qui font saillie dans la cavité utérine. L'existence de ces mamelons peut expliquer quelques particularités cliniques. Je vous citerai comme exemple le cas d'une malade que j'ai opérée en 1888 et chez laquelle je trouvai les signes suivants : la cavité de l'utérus était énorme et renfermait 3 litres de sang ; la muqueuse, très épaissie, était couverte de petites saillies villeuses, le plus grand nombre sessiles, d'autres pédiculées. Une de ces dernières, assez volumineuse, siégeait près de l'orifice du col et l'obturait. C'est à elle qu'était due la rétention de sang dont je viens de vous parler. J'ajoute un dernier trait : la portion de la couche musculaire qui avoisine la muqueuse est toujours plus ou moins hypertrophiée.

Telle est la première forme, assez fréquente d'ailleurs, du sarcome de la muqueuse.

La seconde, la forme ulcéreuse, diffère de la précédente en ce que les mamelons sont remplacés par des ulcérations. C'est à l'existence de ces ulcérations qu'il faut rapporter le fait clinique qui distingue cette variété, à savoir : une perte continue et abondante de liquide séreux, légèrement teinté et contenant des produits caséeux. J'ai opéré, en 1887, une malade qui perdait près d'un litre par jour d'un liquide de cette nature ; à l'examen de l'utérus j'ai trouvé une muqueuse sarcomateuse et couverte d'ulcérations.

Un fait important domine l'histoire de ces deux formes de sarcome : la muqueuse du corps utérin seule est atteinte, celle du col reste intacte. Nous verrons dans un instant quel parti on peut tirer de cette particularité au point de vue de l'intervention chirurgicale.

Je passe à la deuxième variété de sarcome utérin, à la variété parenchymateuse. Ici le néoplasme se développe dans le tissu musculaire lui-même. Nous pouvons encore distinguer deux formes de la lésion : dans la première, le sarcome se développe en nappe envahissant l'ensemble du tissu musculaire de l'utérus ; c'est la forme diffuse. Je ne vous en dirai rien ; elle est extrêmement rare. Je n'en ai trouvé qu'un cas dans la littérature médicale, j'en ajoute un second qui m'est personnel.

La deuxième forme est celle que vous rencontrerez presque toujours, c'est le sarcome localisé. Dans ces cas, la tumeur se cantonne en un ou plusieurs points de l'utérus, s'y développe ordinairement très vite, comme je vais vous le montrer, et évolue presque toujours vers la cavité péritonéale. Implantée dans la majorité des cas sur l'utérus, par une large base, on la trouve quelquefois plus ou moins pédiculée. J'ai opéré pour mon compte cinq cas de ce dernier type.

Le sarcome utérin, comme toutes les tumeurs malignes, présente un développement extrêmement rapide, et vous le verrez en l'espace de quelques mois acquérir des dimensions considérables. Nous avons opéré dans le service, en avril dernier, un cas qui, sous ce rapport, m'a particulièrement frappé.

Il s'agit d'une femme de 50 ans qui, au mois d'octobre, était venue me consulter au sujet d'une tumeur abdominale datant de 7 à 8 mois et déjà assez volumineuse. Après un examen approfondi, je conclus à un sarcome et proposai l'opération. Mais cette femme, qui était encore très vigoureuse, avec les apparences d'une bonne santé, et qui en somme ne souffrait pas beaucoup de sa tumeur, se refusa à toute intervention chirurgicale. Cinq mois après elle revint au service ; mais quel changement s'était opéré chez elle ! Affaiblie, amaigrie, mangeant à peine, cachectisée, c'est dans cet état lamentable qu'elle réclamait à tout prix une opération que j'osai à peine tenter.

J'intervins cependant et je trouvai une tumeur énorme, très irrégulière, bosselée, remplissant toute la cavité péritonéale. Elle s'était infiltrée entre les deux feuillets du mésentère et se trouvait coiffée par l'intestin. C'est vous dire que je fus obligé de faire des désordres considérables, et ce n'est qu'après deux heures de travail que je pus extraire une tumeur pesant 17 kilogs. C'était un sarcome développé dans le fond de l'utérus.

Voilà un exemple frappant d'une tumeur sarcomateuse ayant pris des proportions colossales dans l'espace de quelques mois.

L'évolution des sarcomes utérins présente une autre particularité qui doit attirer votre attention : c'est la fréquence des dégénérescences de ces tumeurs, et en particulier la dégénérescence kystique. De plus, comme la périphérie de ces poches est sillonnée de vaisseaux de nouvelle formation, à parois fragiles, le contenu du kyste est presque toujours du sang.

Par une singulière coïncidence, je viens de voir, coup sur coup, deux cas analogues.

Dans l'un, une femme, jeune encore, d'origine étrangère, vint me consulter pour une tumeur fluctuante de l'abdomen. Plusieurs médecins qui venaient l'examiner avaient porté le le diagnostic de kyste de l'ovaire ; je pensai à un sarcome de l'utérus ayant subi la dégénérescence kystique. Effectivement, à l'opération je trouvai une tumeur sarcomateuse avec un kyste hématique contenant 5 litres de liquide.

Ce matin même, je fus appelé auprès d'une malade de

35 ans, porteur depuis 15 mois d'un kyste à évolution rapide, puisque actuellement la circonférence de l'abdomen atteignait 1 mèt. 50 cm. Dans le but d'éclaircir un diagnostic un peu indécis, je fis une ponction et retirai une certaine quantité de liquide hématique.

Ces deux exemples vous montrent quelle attention il faut apporter en clinique à l'examen de ces dégénérescences kystiques qui amènent si facilement une erreur de diagnostic.

Le sarcome utérin peut encore subir deux autres variétés de dégénérescence ; mais celles-ci sont bien moins fréquentes que la précédente. Ce sont la transformation mixoïde et la transformation caséeuse.

Dans la première, le tissu dégénéré présente l'aspect et la consistance de la gélatine ; la main qui palpe ou percute reçoit la sensation d'une sorte de fluctuation ; il y a donc là une nouvelle cause d'erreur pour le diagnostic. La deuxième consiste dans une transformation du sarcome en une substance blanchâtre, molle, analogue à du fromage. Souvent dans cette variété la tumeur s'accompagne d'ascite.

Si maintenant nous nous plaçons au point de vue clinique, de tout ce que nous venons d'étudier, nous retiendrons surtout ce fait, c'est qu'il existe des sarcomes intra-utérins, sarcomes n'intéressant que la muqueuse du corps, et des sarcomes sous-péritonéaux plus ou moins pédiculés; que les premiers peuvent s'accompagner d'hématomètre, les seconds subir la dégénérescence kystique.

Nous ne connaissons que fort peu de chose sur les causes de ces néoplasmes, mais il y a deux points bien particuliers de leur histoire étiologique. On ne rencontre guère, sauf de rares exceptions, ces sortes de tumeur en dehors de l'âge moyen ; il n'y en a pas avant trente ans, il n'y en a plus au delà de cinquante ans. Pour ma part, toutes les malades que j'ai observées tenaient dans ces limites. Il y a là un fait qui doit vous frapper, surtout si vous songez que l'âge moyen de prédilection des tumeurs malignes répond au contraire à la cinquantième année.

D'autre part, on a remarqué que la très grande majorité des femmes atteintes de sarcome utérin étaient des nullipares. Sur 10 malades que j'ai opérées, 8 n'avaient pas eu d'enfant.

La partie de l'histoire du sarcome de l'utérus vraiment intéressante pour le clinicien se rattache à l'étude de ses symptômes et des caractères qui permettent de le différencier des autres tumeurs de cet organe.

Les signes sont spéciaux à chaque variété. Ceux qui caractérisent le sarcome intra-utérin ou sarcome de la muqueuse, sont au nombre de deux principaux : l'hémorrhagie et l'hydrorrhée. La métrorrhagie est un symptôme banal, que vous trouverez dans presque toutes les affections de l'utérus ou de ses annexes ; mais dans le sarcome il présente un caractère spécial, c'est la continuité. L'hydrorrhée consiste en un écoulement séreux, remarquable par son abondance ; une de mes malades perdait près d'un litre par jour. Dans cette sérosité on trouve souvent des débris jaunâtres, sarcomateux. Si vous pratiquez l'hystérométrie chez ces malades, vous observerez toujours un accroissement de la cavité utérine qui peut aller jusqu'à 15, 16 et même 18 centimètres. Notez enfin que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les malades de cette catégorie souffrent très peu.

Quant à l'état général, c'est celui des tumeurs malignes ; cependant les forces et les apparences d'une bonne santé se maintiennent plus longtemps peut-être que dans le cancer, et ce n'est ordinairement qu'à une époque assez avancée de l'évolution de la tumeur qu'apparaissent l'amaigrissement et la cachexie.

Examinons maintenant les principaux caractères de la variété parenchymateuse. Je vous rappelle que nous avons affaire ici à une tumeur qui évolue vers la cavité péritonéale ; c'est vous dire qu'elle se présentera avec les caractères objectifs communs à toutes les tumeurs abdominales. Je n'insiste pas sur ce point. N'oubliez pas non plus ce que nous avons dit des transformations kystiques des sarcomes, ce qui vous expliquera la fluctuation que vous pourrez trouver.

Contrairement à ce qui se passe dans la variété précédente, le sarcome parenchymateux donne volontiers de la douleur. Mais ce qui le caractérise surtout, ce sont des phénomènes de compression ou plutôt la rapidité avec laquelle ces phénomènes se montrent. J'eus à soigner dernièrement un cas qui, sous ce rapport, est typique ; je vous le résume en quelques mots :

Il s'agit d'une dame d'une quarantaine d'années, qui, absolument bien portante, était allé passer l'hiver à Nice. Peut-être avait-elle déjà ressenti quelques douleurs vagues dans l'abdomen, accompagnées de légers troubles dans la menstruation. Ne voyant là qu'un accident insignifiant, la malade n'y prêta aucune attention, quand subitement elle est prise un jour, sans cause apparente, d'une violente rétention d'urine. Un médecin consulté constate, en recherchant la cause de cette rétention, la présence d'un utérus volumineux, accompagné d'une tumeur qui fait corps avec lui. Quinze jours après, la malade, de retour à Paris, vint me voir. Je trouvai un sarcome qui, d'après les renseignements fournis, paraissait avoir doublé de volume dans ce court espace de temps. De plus, non seulement il y avait compression vésicale, mais encore une rétention complète des matières fécales, et c'est au milieu de phénomènes d'étranglement que je dus faire une opération d'urgence.

Je ne vous dirai que peu de chose de la marche et de la terminaison du sarcome de l'utérus. Nous venons de voir la rapidité de son évolution, surtout chez les femmes jeunes; la terminaison fatale, qui est la règle, ne se fait guère attendre au delà de deux ans ; c'est vous dire que cette affection est une des plus malignes qui soient. Cette remarque s'applique surtout au sarcome du fond de l'utérus, qui entraîne les malades au bout d'un an et même moins ; la variété qui s'attaque à la muqueuse est un peu plus lente dans son évolution et laisse ordinairement une survie qui peut dépasser deux années.

Ces tumeurs se généralisent. L'étude précédente le laissait facilement prévoir. Mais il est à noter que cette généralisation se fait non par les lymphatiques, mais par les veines. Il est exceptionnel que les ganglions soient atteints ; par contre, on observe de fréquentes généralisations au péritoine, au rachis, aux poumons, etc.

Enfin, les récidives sont presque constantes et surviennent rapidement. Chez une de mes malades, le bénéfice opératoire ne dépassa pas six mois ; elle mourut d'une récidive pulmonaire. Dans un autre cas, je fis, chez une femme de 44 ans, l'ablation de tout le corps de l'utérus ; quatre mois après, je trouvai une récidive dans le moignon utérin.

En somme, l'opération donne plutôt à la malade un soulagement qu'un prolongement de vie, puisqu'il y a peu d'exemples dans lesquels l'opéréc ait survécu deux ans. Cependant il faut faire une exception pour cette forme histologique de tumeur dure, le sarcome fasciculé des auteurs classiques. Ici la survie peut atteindre trois ans ; on aurait même signalé des cas où la récidive ne se serait pas faite. Nous allons d'ailleurs voir dans

un instant, d'une façon générale, quel bénéfice la malade peut retirer d'une intervention chirurgicale.

Le diagnostic des sarcomes de l'utérus est des plus difficiles, au point que l'on peut dire que sur vingt malades atteintes de cette affection, on commet quinze erreurs.

Dans la forme muqueuse, je ne saurais trop vous recommander, Messieurs, d'apporter la plus grande attention à l'examen des hémorrhagies, si caractéristiques par leur continuité, et à celui de l'hydrorrhée. Ce dernier signe se retrouve, il est vrai, dans le cancer du corps de l'utérus ; mais cette erreur de diagnostic ne serait guère préjudiciable à votre malade, le pronostic et le traitement étant les mêmes dans les deux cas. D'autre part, l'écoulement hydrorrhéique entraîne fréquemment avec lui quelques débris sarcomateux ; ne négligez pas de les recueillir et d'en faire l'examen microscopique.

L'augmentation de la cavité utérine est encore un signe de haute valeur. Vous ne le rencontrerez tel que dans le fibrome et la coexistence des phénomènes précédents vous permettra de faire la distinction ; de plus, dans le fibrome, vous trouverez toujours une tumeur appréciable.

L'examen de l'état général altéré fournit une quasi certitude ; malheureusement pour le diagnostic, nous venons de voir que l'amaigrissement et la cachexie sont des phénomènes tardifs, qui n'apparaissent que quand la lésion est déjà très avancée et qui évoluent ensuite avec une rapidité extraordinaire.

Examinons maintenant la forme parenchymateuse. Ici nous sommes en présence d'une tumeur utérine et, son existence étant d'abord établie, le diagnostic se posera entre le sarcome et le fibrome. La solution du problème est des plus difficiles. Le sarcome développé dans le tissu utérin offre en effet la plus grande analogie au point de vue symptomatique avec le fibrome, d'autant plus que souvent ce dernier se transforme en sarcome. Néanmoins, il est deux signes fondamentaux qui sont l'apanage du sarcome : le développement rapide de la tumeur et l'amaigrissement. C'est sur la rapidité de l'évolution que vous baserez votre diagnostic ; la perte des forces et l'amaigrissement, dès qu'ils apparaîtront, viendront confirmer votre opinion.

Comme résumé de cette revue rapide, je vous rappelle brièvement l'observation de la malade dont je vous parlais au début de cette leçon ; vous y retrouverez les principaux traits que je viens d'esquisser.

C'est une femme de 50 ans n'ayant jamais eu d'enfants. Il y a 18 mois, cette femme, qui n'avait jamais été malade jusque-là, est prise de douleurs dans le bas-ventre, sans cause appréciable. En même temps apparaissent des pertes abondantes et très irrégulières. Mais ce qui domine chez elle, c'est l'affaiblissement croissant et surtout l'amaigrissement. La malade prétend, en effet, avoir maigri de moitié depuis 8 mois. Au palper abdominal, je trouve au-dessus du pubis et le débordant de 2 travers de doigt une tumeur arrondie du volume du poing, qui ressemble au fond de l'utérus très hypertrophié. Le toucher vaginal me permet de constater que cette tumeur fait corps avec l'utérus, qu'elle en suit les mouvements. Il n'y a, d'autre part, aucun signe de compression rectale ni vésicale, ce qui semble indiquer que la tumeur s'est développée directement en haut.

Ce qui me frappe dans cette observation, ce n'est pas tant les signes objectifs qui n'ont rien de particulier que la marche et l'état général, et je crois pouvoir déduire de l'évolution rapide et de l'amaigrissement considérable survenu en quelques mois, que nous avons affaire à un sarcome du fond de l'utérus.

En présence de ces faits voyons quelle conduite doit tenir le chirurgien.

Il y a lieu ici comme précédemment d'envisager isolément les deux variétés de sarcomes utérins.

Dans le sarcome de la muqueuse il est une opération facile qui rend de grands services, c'est le curage. Pour mon compte personnel, je puis vous citer trois exemples où cette opération m'a permis de prolonger la vie de mes malades de plusieurs mois.

Comme manuel opératoire, il n'y a rien de spécial à dire. Employez les procédés habituels que je vous ai décrits dans une précédente leçon en notant toutefois ce fait : c'est que dans le sarcome de la muqueuse la paroi est fragile ; il faudra donc agir avec prudence de peur de la perforer.

L'opération du curage donne de bons résultats, je vous le répète ; elle fait disparaître les hémorrhagies, on voit même les malades reprendre un peu d'embonpoint, mais elle est sans action sur l'hydrorrhée qui persiste ordinairement. D'autre part, la durée d'action est limitée et, au bout d'un temps plus ou moins long, on voit les hémorrhagies reparaître. A cette nouvelle attaque de la maladie il faut opposer le même remède et pratiquer de nouveau le grattage. J'ai fait ainsi chez une de mes malades 5 curages successifs et à chaque fois j'ai constaté une sorte de temps d'arrêt dans la marche de l'affection ou tout au moins une amélioration transitoire.

En somme, vous pouvez considérer le curage comme une précieuse ressource contre le sarcome de la muqueuse.

On a proposé une méthode plus radicale : l'ablation de l'utérus. Je l'ai pratiquée quatre fois avec des résultats divers ; trois de ces cas ont été présentés à la Société de gynécologie.

En principe, il semble rationnel que l'ablation soit totale ; mais vous savez, messieurs, que l'hystérectomie totale est une opération très grave, très meurtrière et si, d'autre part, vous songez que dans le sarcome utérin atteignant la muqueuse, la portion cervicale reste indemne, vous admettrez sans peine que l'hystérectomie du corps seul soit préférable. Les faits viennent confirmer cette opinion puisque les récidives, qui sont fatales, s'observent presque toujours ailleurs que dans le moignon utérin laissé en place.

Dans la seconde variété des sarcomes de l'utérus vous ne pouvez guère agir que par l'hystérectomie abdominale. Mais je vous avoue qu'ici les résultats ne sont pas encourageants.

J'ai opéré ainsi quatre malades. Chez la première (cela remonte à 1886), j'enlevai une tumeur assez volumineuse et j'allais faire le pédicule, quand je trouvai en arrière une autre tumeur située très bas, ce qui m'obligea à reporter le pédicule très loin sur le col ; je le fixai ensuite à l'aide d'une broche en dehors de l'abdomen. Les premiers jours l'état de la malade fut très satisfaisant et je comptais sur un succès quand, le troisième jour, je trouvai mon opérée se mourant d'une hémorrhagie considérable, avec quelques phénomènes septicémiques. Voici ce qui s'était passé : la broche avait été placée dans un tissu qui, bien que paraissant à peu près sain à l'œil, était en réalité un tissu sarcomateux, friable. Il n'avait pu résister à la traction exercée sur la broche et s'était coupé sur elle ; le lien élastique constricteur avait glissé et l'hémorrhagie s'était produite.

Dans un autre cas, je rentrai le pédicule dans l'abdomen et n'eus pas d'accident opératoire ; mais la malade mourut de récidive rapide après huit mois.

Enfin chez une troisième j'eus un nouvel insuccès, la mort étant survenue par hémorrhagie. Je pus faire l'autopsie et je

trouvai le pédicule coupé par le lien de caoutchouc qui avait rapidement pénétré dans un tissu que je croyais sain et qui, comme dans l'autre cas, était malade et sans résistance.

Ces résultats, vous le voyez, messieurs, encouragent peu le chirurgien à faire des tentatives sur les sarcomes parenchymateux de l'utérus. Récidive rapide, fréquents accidents post-opératoires, tel est le lot qui, dans l'état actuel de la science, semble réservé à cette intervention chirurgicale. Cependant, vous ne devrez pas oublier la survie de quelques malades et le service momentané rendu dans certaines circonstances ; en d'autres termes, vous n'abandonnerez pas complètement le traitement opératoire, en choisissant seulement les cas favorables, c'est-à-dire ceux dans lesquels l'opération sera utile, facile et rapide.

THÉRAPEUTIQUE

Sur le Sulfonal chez les aliénés (*fin*) (1) ;

par J. ROUBINOVITCH, interne à Ste-Anne.

Les douze dernières observations que nous reproduirons au complet avec leurs tableaux correspondants dans le tirage à part de ce travail comprennent : deux cas de *paralysie générale* (Obs. XIII et XIV), où le sulfonal nous a paru inférieur au chloral et aux bromures, six cas de *démence* (Obs. XV, XVI, XVII, XVIII, XIX et XX), où l'insomnie se trouvait combattue avec succès par ce médicament, et quatre cas d'*hystérie avec délire* (Obs. XXI, XXII, XXIII et XXIV), où l'emploi du sulfonal était manifestement utile.

Voyons maintenant à quelles conclusions nous amènent les 24 observations que nous venons de citer. Les doses que nous avons données variaient de 0 gr. 25 centigr. à 5 gr. Presque dans tous les cas nous donnions des doses massives ; ce n'est que dans deux cas (Obs. VII et Obs. XIII) que nous avons employé des doses fractionnées de 0 gr. 25 centigr., répétées plusieurs fois par jour. Le nombre total de doses massives données aux 24 malades était de 275, qui se distribuent de la façon suivante : 3 doses de 0 gr. 25 cent., 9 de 0 gr. 50 centigr., 22 de 0 gr. 75 centigr., 118 de 1 gramme, 51 de 1 gr. 50 centigr., 54 de 2 grammes, 14 de 3 grammes, 3 de 4 grammes et 1 de 5 grammes. Le nombre total de doses fractionnées (de 0 gr. 25 cent. chacune) était de 58. Sur 275 doses massives nous notons que le sommeil est survenu dans 263 cas ; ce n'est que dans 12 cas que le sulfonal n'a produit aucun effet soporifique (Obs. III : douleur liée aux fractures multiples, effet nul 3 fois ; Obs. VII : manie chronique, effet nul avec 1 gramme, 2 fois ; Obs. XIII : paralysie générale, effet nul 5 fois ; Obs. XVIII : apoplexie cérébrale, effet nul avec 1 gramme, 2 fois). Dans les 263 cas le sommeil est survenu le plus souvent de 2 à 4 heures après l'ingestion du sulfonal ; en effet, d'après nos tableaux, nous trouvons que le sommeil est survenu 48 fois 2 heures après l'ingestion, 54 fois 2 h. 1/2 après, 55 fois 3 heures après, 4 fois 3 h. 1/2 après et 29 fois 4 heures après ; en somme, 190 fois sur 263, le sommeil est survenu de 2 à 4 heures après l'ingestion. Dans les 73 cas qui restent, le sommeil est survenu 21 fois 1 heure après, 14 fois 1 h. 1/2 après, 15 fois 4 h. 1/2 après, 12 fois 5 heures après, 3 fois 5 h. 1/2 après, 4 fois 6 heures après, 1 fois 6 h. 1/2 après, 1 fois trois quarts d'heure après, 1 fois une demi-heure après, et 1 fois un quart d'heure après l'ingestion du sulfonal. D'autre part, les mêmes tableaux nous indiquent que sur 263 cas le sommeil a duré 245 fois de 4 à 9 heures. Or, sur le chiffre total de doses administrées, le plus grand nombre (259) est constitué par des doses variant de 0 gr. 75 centigr. à 3 grammes ; ce qui nous permet déjà de formuler la conclusion générale suivante : *Le sulfonal, à la dose de 0 gr. 75 centigr. à 3 grammes, détermine le plus souvent, 2 à 4 heures après l'ingestion, de 4 à 9 heures de sommeil.*

Nos observations nous permettent également de caractériser le sommeil sulfonalique en disant que le plus souvent il est continu, calme et profond. Ce n'est que dans trois observations (Obs. XIV : paralysie générale ; Obs. XVIII : apoplexie cérébrale, et Obs. XXIII : hystérie avec délire) que nous avons constaté des interruptions. Dans un cas (Obs. XIII : paralysie générale) le sommeil était court et agité. L'observation III est un exemple qui montre que le sulfonal n'a aucune action calmante sur la douleur et qu'il ne devient soporifique en présence de ce symptôme que lorsqu'on l'associe à la morphine.

En dehors de l'action somnifère incontestable, le sulfonal calme-t-il l'agitation des maniaques ? L'Obs. V (manie aiguë) nous montre qu'à la suite de 3 grammes la malade était moins excitée. Dans un autre cas (Obs. X) la malade est devenue plus calme, mais elle paraissait abattue. Les doses fractionnées, données dans la journée, calment quelquefois l'agitation (Obs. VII). Cependant, dans l'Obs. XXII, l'agitation diurne ne s'est nullement modifiée.

Le sulfonal s'accumule dans l'organisme et manifeste son action pendant plusieurs jours qui suivent l'administration d'une dose massive (Obs. II, XV, XVI, XVII et XXI). Dans un cas seulement (Obs. VIII), la suppression du médicament s'accompagnait immédiatement d'insomnie.

Les Obs. I et XXIV montrent que ce médicament peut être supprimé au gré de l'expérimentateur et qu'il n'existe pas d'accoutumance. On remarque un fait intéressant, qui ressort nettement de ces deux observations, que le sulfonal a la propriété non seulement de faire dormir, mais aussi de concourir au rétablissement de la fonction du sommeil normal.

Comparé au chloral, ce médicament nous a paru supérieur : à dose deux fois moindre il provoque un sommeil qui dure plus longtemps (Obs. IV, VII, IX). Cependant, dans deux cas de paralysie générale (Obs. XIII et XIV), l'hydrate de chloral agissait mieux.

Les urines ont été examinées très souvent dans quatre cas (Obs. I, V, XX et XXI) ; on notait exactement la quantité de 24 h., la fréquence, la densité, la réaction, la couleur de même que la quantité d'urée par litre et, sauf quelques modifications insignifiantes, le sulfonal n'avait aucune influence sur la sécrétion rénale, et dans aucun cas nous n'avons observé l'apparition d'albumine ou de sucre. La température s'est trouvée légèrement augmentée dans le cas de B...ni (Obs. V) ; à la suite de la dose de 5 grammes que nous avons administrée à titre d'essai, la T. de 37°,3 a monté à 37°,6. C'est dans le même cas et dans trois autres (Obs. IV : lypémanie ; Obs. XIII : paralysie générale, et Obs. XX : démence) que nous avons noté une augmentation dans la fréquence et dans l'intensité du pouls ; seulement, dans l'Obs. XX, où le pouls présentait une arythmie assez prononcée, la dose de 2 grammes tout en accélérant les pulsations (de 80 à 90) les a ren-

(1) Voir *Progrès Médical*, nos 26, 44 et 47, 1890.

dues plus régulières. Dans l'Obs. V nous avons observé en même temps une légère augmentation dans la fréquence des respirations. Dans aucun cas nous n'avons constaté de transpirations à la suite du sulfonal. Une seule fois, dans le même cas de B...ni, l'administration de 5 grammes a déterminé une rougeur de la face qui était d'autant plus marquée, que d'habitude le facies de cette malade était pâle.

L'appareil gastro-intestinal était rarement atteint dans nos observations et les accidents (nausées, vomissements) tenaient à des doses trop élevées, au-dessus de 3 grammes, comme dans l'Obs. V, par exemple. Dans la grande majorité des cas, le sulfonal n'exerçait aucune influence fâcheuse sur les voies digestives, et dans l'Obs. XI nous avons même obtenu une amélioration sensible de l'appareil digestif en remplaçant l'hydrate de chloral par le sulfonal : déjà, au bout de 8 jours de traitement par ce dernier médicament, l'appétit est devenu meilleur et les douleurs dans la région de l'hypogastre gauche ont disparu.

C'est plutôt les fonctions du système nerveux qui se sont trouvées influencées dans certaines de nos observations. Eliminons cependant la sensibilité cutanée qui ne paraît pas être atteinte, même à la dose de 5 gr. (Obs. V). La motilité a été nettement touchée dans deux cas; ainsi, dans l'Obs. V, à la suite de la dose de 5 gr., la malade se sentait le matin comme ivre; elle trébuchait sur ses jambes et ne pouvait se tenir debout; cet état a duré 12 heures; dans l'Obs. XVII (démence sénile avec dégénérescence athéromateuse des artères) l'ingestion de 2 grammes de sulfonal a déterminé, deux heures après, de l'incoordination des mouvements des membres. Plus souvent nous avons constaté, au réveil, une légère hébétude dans l'expression du visage, durant une à deux heures (Obs. VII, IX, X, XV) ; dans deux cas (Obs. II et XV), après plusieurs doses, se déclarait une somnolence qui durait une journée entière ; de même, quand plusieurs jours consécutifs on donnait une dose assez élevée on observait au réveil de l'étourdissement et de la céphalalgie pendant 4, 5 heures, comme, par exemple, dans l'Obs. 1.

Les réflexes patellaires nous ont paru conservés (Obs. V) et non exagérés.

De l'ensemble de nos observations, nous concluons que le meilleur mode d'administration du sulfonal consiste à le donner au commencement du second repas dans une quantité de liquide chaud (bouillon, tisane), aussi grande que possible (un à deux verres). Administré sous cette forme à la dose de 0 gr. 75 centigr. à 3 grammes, selon les indications individuelles, le sulfonal nous paraît très utile pour combattre l'insomnie dans la majorité des affections mentales ; ce n'est que dans deux cas de paralysie générale et un d'apoplexie cérébrale que les résultats obtenus étaient défavorables à ce médicament ; encore faudra-t-il, avant de généraliser, attendre une quantité plus considérable d'observations relatives au sulfonal dans ces deux dernières affections cérébrales. Nous croyons qu'il faut éviter de donner la même dose massive plusieurs jours de suite; il est préférable de donner une dose massive plus ou moins forte, le premier jour, et ne donner les jours suivants que le quart de la dose primitive, d'après la méthode du Pr Mairet, qui nous a donné dans plusieurs de nos observations (Obs. XIX, par exemple) des résultats très satisfaisants.

Quant à savoir quel est le mécanisme intime de l'action du sulfonal, s'il est plutôt un agent congestif qu'un agent qui s'adresse directement à la moelle épinière en abaissant son excitabilité réflexe, nous avouons que nos observations, peu nombreuses, ne nous permettent pas de formuler une opinion fixe ; quel que soit le mode d'action physiologique intime de ce médicament, nous pouvons dire pour le moment qu'il est un excellent soporifique, appelé à rendre de grands services dans le traitement des aliénés et que les seuls cas où il faudrait l'administrer avec précaution seraient, d'après nous, les affections inflammatoires des méninges et de l'axe cérébro-spinal.

REVUE CRITIQUE

De la Suspension dans le traitement des maladies du système nerveux (*Fin*) (1);

par **Aimar RAOULT**, interne des hôpitaux.

En Amérique, les recherches sur ce mode de traitement ont été plus nombreuses. M. le Dr Simpson (2) signale deux cas : un premier sujet, atteint depuis 3 ans, confiné au lit, peut marcher actuellement sans canne ; son état général s'est amélioré, l'appétit est revenu : mais les douleurs fulgurantes ont incomplètement disparu.—Le second a vu disparaître ses douleurs et ses fourmillements, l'appétit a reparu; il se trouve fort bien et dit qu'il serait capable de reprendre son travail dans peu de jours.

M. le Dr Wartzfelder (3) a soigné 5 ataxiques par la suspension. Le 1er, après 15 séances, a moins d'incontinence d'urine, et après 24 n'a plus de douleur et peu d'incoordination. — Le 2e ,depuis la 15e séance, n'a plus de signe de Romberg, moins d'anesthésie et urine mieux après la 24e, il n'a pas encore de soulagement dans ses douleurs. — Les améliorations ont été encore plus nettes chez les trois autres.

Le Dr Booth (4) a soigné 5 malades par la suspension. Chez l'un d'eux, il y a cessation des douleurs. Les autres n'ont pas subi un traitement assez long pour qu'on puisse les citer.

M. le Dr Shaw a obtenu d'excellents résultats par ce traitement, et M. le Dr Fleming (5), dans une lettre adressée à ce dernier, signale 2 cas fort probants : 1° Malade 32 ans; début 8 ans. Après 18 séances monte les escaliers sans autre appui que la rampe, moins irascible, urine bien. 2° M. 66 ans; marche très bien après avoir subi 15 séances, sort même, n'a plus de douleurs, ni de troubles de la miction et de la défécation.

M. le Dr Stewart (6) a enfin soigné 8 ataxiques par la suspension ; tous ont été améliorés rapidement, avec persistance dans l'amendement des symptômes. Les cas chroniques ont éprouvé un bénéfice plus rapide et plus durable du traitement. Il y a eu disparition de la rétention d'urine chez 2 malades, de l'excitation génitale chez un malade ; dans 4 cas guérison de la perte du désir sexuel, dans 3 diminution de l'anesthésie, dans 5 cas disparition de l'abattement intellectuel.

Nous avons essayé de réunir dans le tableau suivant tous les cas de tabes traités par la suspension, que nous avons pu trouver, cités par les auteurs dont nous avons parcouru les travaux, et dans lesquels nous avons trouvé un terme de comparaison entre les malades améliorés et ceux non améliorés par le traitement.

Le chiffre total (210) des malades traités est certainement de beaucoup inférieur à ce qu'il est en réalité : Nous voyons, par les deux autres totaux 162 malades améliorés pour 48 n'ayant retiré aucun bénéfice du traitement, que le

(1) Voir *Progrès médical*, avril 1890.
(2) *Canadian practitioner*, 1er juin 1889, p. 213.
(3) *Med. record.*, New-York, 8 juin 1889, p. 629.
(4) *International journal of Surgery*, mai 1889, p. 106.
(5) *Weekly med. review.*, 31 août 1889.
(6) *Med. New.*, 1er juin 1889 (extrait).

premier de ces chiffres forme plus des trois quarts du total général.

NOMS DES AUTEURS.	NOMBRE de CAS TRAITÉS	AMÉLIORÉS.	NON AMÉLIORÉS.
Charcot	50	38	12
Dujardin-Beaumetz	25	19	6
Lespinasse	2	2	4
Ladame	15	11	1
Mouisset	8	7	»
Tessier	5	5	»
Thiberghien	26	18	8
Haushalter et Adam	6	4	2
Eulenburg et Mendell	20	20	»
Erb	6	2	4
Saundbey	3	3	»
Lewis-Heckey	5	1	4
Fleming	2	2	»
Simpson	2	2	»
Wartzfelder	5	5	»
Booth	5	1	4
Morton	6	6	»
Dana	6	3	3
Hammond	5	5	»
Stewart	8	8	»
TOTAUX	210	162	48

II. — Parmi les autres maladies soignées par la suspension, nous avons trouvé les suivantes : 1° *Tabes spasmodique:* 1 cas traité avec succès par M. Bancel (1), et 3 relatés par le Dr Stewart améliorés par la suspension (2). — 2° *Maladie de Friedreich* : 1 cas amélioré soigné par le Dr Ladame (3). — 3° *Sclérose en plaques* : 2 cas très améliorés (Thiberghien). — 4° *Sclérose latérale amyotrophique* : 3 cas avec amélioration notable (Thiberghien, Stewart). — 5° *Paralysie des membres inférieurs par traumatisme de la colonne vertébrale* : 1 cas de Hunnigton (4) avec guérison ; 2 de Kellog (5) avec amélioration ; ou *à la suite de mal de Pott.* 1 cas de Thiberghien, où tous les signes de compression ont disparu ; ou *d'origine infectieuse* : 2 cas d'ataxie post-diphthérique guéris par M. Perret (6). 6° M. Regis (7) a soumis à la suspension un certain nombre *d'aliénés*; entre autres : 12 atteints de *paralysie générale* chez la plupart desquels les tremblements ont diminué, la marche a été plus facile et l'activité mentale s'est accrue, sans délire apparent, pendant quelque temps, après chaque séance ; 1 aliéné à folie double dans la période dépressive qui s'est ranimé, réveillé à la suite du traitement; 2 lypémaniaques, dont l'un s'est remis à parler, à marcher, tandis qu'auparavant il était dans une torpeur absolue. 7° Enfin plusieurs auteurs se sont bien trouvés de ce traitement chez les neurasthéniques (Von Stein, Dujardin-Beaumetz).

III. — Nous avons précédemment exposé les *théories* de Motchoutkowsky et d'Althaus sur le mode d'action de la suspension ; nous avons à enregistrer des nouvelles opinions, celles de M. Dujardin-Beaumetz et de Erb, de Heidelberg. Pour le premier, la suspension agit en anémiant la moelle épinière, par suite de l'élongation des nerfs rachidiens, Brown-Séquard ayant démontré que le pincement des nerfs intercostaux produit l'anémie de la moelle. D'après Erb, elle porte son action sur tout le système nerveux, et cette influence serait aussi difficile à expliquer que celle de la suggestion. Ajoutons enfin, que pour Motchoutkowsky, la moelle épinière s'allongeant avec la colonne vertébrale sous l'action de la suspension, le corps tout entier s'allonge lui-même de 2 cent. 1/2 à 5 cent.

IV. — Nous n'avons pas à enregistrer *d'accident* grave survenu pendant les séances de suspension. Erb seul a signalé un cas de mort subite survenue quelque temps après l'opération, et attribuée par l'auteur à une paralysie subite du vague. Skinner (1), Bernhardt ont signalé des cas de lipothymie avec dilatation des pupilles, convulsions pendant les séances, avec perte du souvenir de l'accident au moment du retour de la connaissance. Il importe, dans ces cas, possibles chez certains individus débiles ou impressionnables de pouvoir faire glisser rapidement sur la poulie la corde qui suspend le malade, afin de pouvoir étendre celui-ci à terre le plus tôt possible, puis déboucler les courroies de la tête et lui faire la respiration artificielle s'il est besoin (2) .

(1) *Revue médicale de l'Est*, 13 juillet 1889.
(2) *Med. News.*, loc. cit.
(3) *Revue médicale de la Suisse romande*, loc. cit.
(4) *Occidental medical times*, septembre 1889, p. 471.
(5) *Pacific medical journal.*
(6) *Lyon médical*, 14 juillet 1889, p. 371.
(7) *Journal de médecine de Bordeaux*, 20 octobre 1389.

(1) *New-York med. journ.*, 29 juin 1889.
(2) Ce travail était déjà imprimé lorsque sont parues plusieurs études sur ce sujet : Un article du Dr V. Pincherli dans la *Revista de scienze mediche*, qui relate 4 cas, dont 2 de tabes spasmodique, tous améliorés par la suspension ; des travaux de Cayney, de Londres, (*Soc. de méd. et de chirurgie*) et de Mitchel Clarke.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Organisation de l'enseignement médical dans les hôpitaux.

Durant les trois derniers mois, nous avons entretenu nos lecteurs, à diverses reprises, d'une question bien souvent soulevée ici, celle de l'*enseignement médical dans les hôpitaux*. Dans le but de les mettre tout à fait au courant du mouvement qui s'est produit, nous allons reproduire l'opinion de quelques-uns des organes de la presse médicale. Nous commencerons par une citation de M. Huchard, directeur de la *Revue de clinique et de thérapeutique* (n° 3, 1891) :

« Depuis plus d'un mois, la Société médicale des hôpitaux discute, en comité secret, les dix propositions de réformes de notre organisation hospitalière que je lui ai soumises. Il ne lui reste plus que la dernière à étudier : celle qui est relative au concours de médecine du Bureau central et qui, selon toute vraisemblance, sera résolue en grande partie dans le sens indiqué.... La Société médicale des hôpitaux, après avoir envoyé ces propositions à l'examen d'une commission composée du conseil de famille, dont M. Rendu, secrétaire général, a été l'éloquent rapporteur, s'est empressée de les étudier. Après avoir réservé les premières questions, elle a voté successivement :

« 1° *La création, dans chaque hôpital, de chefs de laboratoires* d'anatomie pathologique (auxquels elle a donné le nom de directeurs des travaux anatomiques et chimiques) ; 2° *L'amélioration du concours de la médaille d'or*, auquel elle a ajouté une épreuve clinique ; 3° *La création d'assistants pour les services de dermatologie ;* 4° *La création de deux services spéciaux de dermatologie* (à Lourcine et au Midi) ; 5° *La réorganisation des consultations hospitalières ;* 6° *L'organisation de l'Enseignement médical dans les hôpitaux ;* 7° *Les modifications dans le concours de médecine du Bureau central* restent à étudier. D'après le rapport favorable de M. Rendu, il est presque certain qu'elles seront acceptées...

« Tels sont les résultats considérables déjà obtenus.

« M. Bourneville, dans le dernier article de son excellent journal, veut bien « signaler la part importante qui me revient dans cette nouvelle période d'agitation pacifique (3). » Or je considère comme un devoir de rappeler que le vaillant directeur du *Progrès médical* a été notre initiateur, puisqu'il nous a montré la route depuis plus de vingt ans, en poursuivant, avec une constance infatigable, l'organisation des cours cliniques, des laboratoires, des musées et des bibliothèques dans les hôpitaux. Il est encore juste de rendre hommage aux efforts ou aux anciens écrits de Claude Bernard, de Delasiauve, de Wurtz, de Lorain, de Jaccoud, de Le Fort, de Ranse, de Besnier, de Laborde, etc. Nous n'avons fait que suivre ces champions du progrès dans cette étude si importante de l'organisation de l'Enseignement médical et, si nous avons eu le bonheur d'obtenir gain de cause, ce n'est pas seule-

(3) Voir *Progrès médical*, n° 3, p. 53.

ment parce que nous avons su, avee eux, frapper juste et fort, mais c'est aussi et surtout parce que nous avons frappé en temps utile. Le terrain avait été admirablement préparé par nos devanciers, la question était mûre depuis longtemps, et nous nous sommes trouvé au moment propice pour la soulever. Là seulement est le secret du succès obtenu. »

Ce n'est pas la première fois que M. Huchard rappelle ce qui a été fait dans le but d'organiser d'une manière complète l'*enseignement clinique dans les hôpitaux* et d'arriver plus tard à créer une *Ecole municipale de médecine* à Paris. Il n'a pas été le seul, d'ailleurs, à se souvenir des efforts tentés précédemment et renouvelés avec persistance. Nous avons cité, dans notre numéro du 31 janvier (p. 101), un passage du *Journal de médecine de Paris*, dans lequel M. Lutaud, lui aussi, ne craint pas de rendre à chacun ce qui lui est dû. Malheureusement, cette façon de procéder, qui est juste et honore ceux qui s'y conforment, est loin d'être la règle. Parlant de la réorganisation de la médecine dans les hôpitaux, la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* du 15 janvier s'exprime ainsi :

« La *Gazette des hôpitaux*, par la plume de son jeune et brillant rédacteur en chef, vient de remettre en circulation un important projet, dont nous avions déjà entendu parler, il y a bien des années, et dont la réalisation, très facile et très pratique, constituerait certainement la plus féconde évolution que l'on puisse souhaiter pour arriver à fournir le meilleur mode d'instruction et d'éducation professionnelles à donner aux médecins.

La *Revue de Thérapeutique*, qui oublie que ce projet n'a jamais cessé d'être « en circulation (1) » et que, en tout cas, cette remise « en circulation » reviendrait à notre ami Huchard, reproduit l'article de la *Gazette des hôpitaux* (6 janvier) dont voici les principaux passages :

« L'idée d'une *Ecole municipale de médecine* gagne de plus en plus de terrain, et nous ne serions pas étonnés de voir ce rêve, si longtemps caressé par quelques collègues des hôpitaux, passer dans le domaine de la réalité. Jusqu'ici, on se murmurait tout bas à l'oreille, que si les hôpitaux prenaient à leur compte, et pour eux, cet enseignement des élèves, si délaissé par la Faculté, ils rendraient, en ce faisant, un bien réel service. Le Conseil municipal, si puissant dans les choses de l'Assistance publique, était des plus favorables à cette idée, mais il se sentait arrêté par une résistance, un peu inexpliquée, du corps médical des hôpitaux. Peut-être y avait-il, parmi les promoteurs et les défenseurs de cette idée, certaines personnalités qu'on voyait d'un œil peu favorable à la tête d'un mouvement, qu'on approuvait en soi, mais à qui l'on eût souhaité d'autres directeurs ? En si grandes occurrences, les questions de personnes eussent dû être, cependant, de bien minime importance. Actuellement le corps médical verrait avec plaisir s'organiser, dans les hôpitaux, un enseignement pratique dont Paris est aujourd'hui à peu près dépourvu.

« Est-ce que le Conseil municipal a eu la notion bien nette de cet état d'esprit, et plus opportuniste qu'il ne croit être, a-t-il attendu le moment favorable ? Nous l'ignorons. Toujours est-il, qu'à la suite du rapport de M. Strauss, le Conseil municipal a invité l'administration de l'Assistance publique à soumettre à l'avis du Conseil de surveillance, d'une part, et des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, d'autre part, le projet de la réorganisation de l'enseignement pratique et hospitalier.

« Cette fois, le vœu est bien nettement formulé. Il est probable que le Conseil de surveillance l'examinera avec toute l'attention qu'il mérite. Quant au corps médico-chirurgical, nous avons dit plus haut que les temps étaient changés et qu'il accueillerait avec faveur ce qu'il repoussait naguère . . . .

« Après cela, nous ne serons plus étonnés si les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, consultés par l'Assistance publique, se mettent d'accord avec le Conseil municipal, pour reconnaître comme nécessaire la création d'un enseignement pratique dans les hôpitaux. »

Le rédacteur de la *Revue de thérapeutique* fait suivre sa reproduction de l'article de la *Gazette des hôpitaux* des réflexions suivantes qui ne manquent pas d'intérêt :

« Vous le voyez, dit-elle, la nouvelle est grosse et le projet proposé parait très viable. Sa réalisation semble d'autant plus acceptable, qu'il restera toujours une place à côté pour l'ancienne Faculté, avec son enseignement transcendant et éternel — parce qu'il n'a ni commencement ni fin — dans lequel elle se complait. Il y aura seulement cet immense progrès obtenu qui constituera une véritable révolution, que les médecins qui bornent leur ambition à se voir solidement armés pour la pratique de leur profession rencontreront enfin l'enseignement qui leur convient, tandis que les amis de la science éthérée, pure, mais ambitieuse, conserveront le leur. Mais quand ce jour luira-t-il ? »

Comme on le voit, la *Gazette des hôpitaux* et la *Revue de thérapeutique*, après nous, après M. Huchard, après le *Journal de Médecine de Paris*, proclament hautement la nécessité d'une organisation complète, méthodique de l'enseignement médical dans les hôpitaux de Paris. Continuant notre revue, nous devons citer la *Gazette hebdomadaire* du 22 novembre, qui contient une appréciation des idées exposées par notre ami Strauss dans son rapport au Conseil municipal, au sujet des *réformes hospitalières et de l'enseignement médical*.

« Ces réformes, dit-elle, doivent avoir pour objet la réorganisation des consultations externes et de *l'enseignement pratique hospitalier*.

« Parlons d'abord de ce que M. Paul Strauss désigne sous ce titre. Ce n'est point, comme on pourrait le croire, l'organisation de conférences cliniques faites au lit du malade ou dans les amphithéâtres des hôpitaux. L'honorable conseiller municipal rend justice aux efforts tentés dans ce sens par un si grand nombre de médecins et de chirurgiens. Il établit la liste déjà longue et qui s'augmente encore de ceux qui, à leur fonction officielle et obligatoire, ajoutent, de leur plein gré, une ou deux leçons cliniques par semaine. M. Paul Strauss en conclut qu'il reste peu de choses à faire pour doter nos hôpitaux d'un enseignement pratique complet qui donne leur pleine valeur à des éléments aujourd'hui inproductifs.

« Mais il ajoute que notre enseignement médical à fort à faire pour maintenir sa suprématie ancienne, et, d'accord avec M. H. Huchard, qui veut fonder en face de la vieille Faculté une *Ecole pratique de médecine*, il réclame la fondation d'une *Ecole pratique des Hôpitaux*. M. H. Huchard va plus loin encore. Il demande qu'à l'État qui conserve le monopole de la *science officielle*, on impose la liberté *réelle* de l'enseignement supérieur.

« Si nous comprenons bien, il s'agit donc d'organiser dans les hôpitaux qui dépendent de l'Assistance publique, — dans chaque hôpital, dit M. H. Huchard, qui deviendrait ainsi un centre d'instruction où l'étudiant pourrait apprendre les diverses branches de la médecine ! ! — un enseignement médical complet. Mais ne voit-on pas les obstacles auxquels se heurterait une assemblée municipale qui voudrait tenter une semblable création ? Sans parler des frais considérables qu'entraineraient l'organisation des laboratoires et la juste rémunération des maitres appelés à professer dans cette Faculté municipale, espère-t-on y appeler et y retenir les étudiants qui devraient ensuite subir leurs examens devant une Faculté de l'Etat ? Prétend-on, au contraire, accorder à cette Ecole libre le droit de conférer des diplômes et s'exposer à voir la valeur de ceux-ci diminuer en raison directe du nombre des établissements où l'on pourra les obtenir. Et si l'on accorde la collation des grades à la Faculté municipale, pourra-t-on la refuser à une Faculté catholique qui se fondera certainement aussi le jour où le Conseil municipal aura la sienne. »

Autrefois, à la *Gazette hebdomadaire*, on avait à cœur de préciser l'état des questions, d'en faire un historique exact. Cette manière de faire paraît y tomber en désuétude. Passons. Elle ne voit que des obstacles aux réformes proposées. Organiser des laboratoires dans les hôpitaux lui semble une œuvre impossible. Elle ignore que déjà le Conseil municipal a créé des laboratoires, et même un laboratoire-type, ainsi qu'elle peut s'en assurer, entre autres, à l'hôpital Laënnec (1). Ses craintes n'ont pas été partagées par la *Société médicale des hôpitaux* qui, sans hésitation, a voté « *la création, dans chaque hôpital, d'un chef de*

(1) Voir le *Progrès médical* de 1873 à ce jour, nos Rapports au Conseil municipal, ceux de G. Robinet et un article du Dr L. Fiaux dans le *Radical* en 1883 (?).

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 45, p. 332 ; n° 48, p. 437 ; n° 50, p. 490, 491, etc.

laboratoire d'anatomie pathologique ». Enfin elle voit des fantômes : les médecins et les chirurgiens des hôpitaux conférant des grades, la valeur des diplômes diminuant à grande vitesse, et l'unique Faculté catholique de médecine réclamant, elle aussi, le droit de conférer des grades. Nous n'en sommes pas encore là. Et le jour où la ville de Paris aura son Ecole de médecine, le danger indiqué sera facilement évité : il suffira de réaliser cette vieille réforme qui consiste à *séparer le corps examinant du corps enseignant.*

La *Gazette médicale de Paris*, après avoir rappelé (1890, p. 597) qu' « il y a vingt ans un vent de réformes soufflait comme aujourd'hui sur notre enseignement médical (1) », énumère (1890, p. 622) les réformes qu'elle réclamait alors, parmi lesquelles nous relevons celle-ci : « *Institution d'un jury | d'examen complètement indépendant du corps enseignant*, soit libre, soit officiel (2). »

Le même journal, dans son premier nº de cette année, expose les réformes qui, à son avis, doivent être introduites dans notre enseignement médical. Après avoir cité les améliorations accomplies à la Faculté et en particulier à l'Ecole pratique, il s'exprime ainsi par la plume de son rédacteur en chef, M. de Ranse.

« Malheureusement, l'enseignement clinique, le plus utile de tous, celui qui forme véritablement les praticiens, semble être resté en dehors du mouvement ; on peut dire qu'il est resté stationnaire et si le bon vouloir d'un certain nombre de médecins des hôpitaux ne venait combler les lacunes qu'il présente, il serait manifestement insuffisant. C'est le concours des chefs de service dans les hôpitaux que M. Huchard voudrait assurer, étendre, organiser sur des bases régulières, et tout le monde pensera avec lui qu'il y a là, pour l'enseignement clinique, des ressources précieuses dont on ne saurait se priver plus longtemps.

« Mais il ne faut pas oublier que les médecins des hôpitaux, en raison même de leur titre qui les recommande à la confiance des malades, ont en général une clientèle nombreuse, et si on ne les rétribue pas ou qu'on les rétribue mal, il est difficile de leur demander un sacrifice considérable de leur temps. De là la nécessité, l'utilité même de la création que nous demandons avec MM. Huchard et Cornil, de chefs de cliniques, assistants prosecteurs et directeurs de laboratoires (3) qui, sous la direction des chefs de service, donneraient largement aux élèves, aux débutants comme aux plus avancés, les démonstrations cliniques et pratiques indispensables à leur instruction. »

Puis, M. de Ranse examine la question de la suppression des externes, que la *Société médicale des hôpitaux* n'a pas admise avec raison, car il aurait fallu faire faire leur besogne par d'autres qui auraient sans doute occasionné la même dépense ; il passe rapidement sur les inconvénients des concours et aborde l'examen de la réforme de l'enseignement.

« L'appel fait à tous les médecins des hôpitaux, dit-il, pour contribuer à l'enseignement clinique, l'institution des assistants et des chefs de laboratoires, permettront d'utiliser, dans la plus large mesure possible, les ressources de l'assistance hospitalière. Nous ne saurions ici passer sous silence les services considérables que la policlinique ou assistance à domicile peut rendre aussi à l'enseignement. Nous assistons aux débuts d'un mouvement qui tend à s'accentuer, à se propager : la création de policliniques sur le modèle de celles qui existent à l'étranger et dont plusieurs sont florissantes, policliniques dans lesquelles un groupe de médecins instruits initie les élèves dans les différentes branches de la science ou de l'art, aux difficultés de la pratique. De pareils efforts, quand ils ont pour mobile et pour base l'amour de la science et le respect de la dignité professionnelle, ne doivent rencontrer qu'approbation et encouragements.

(1) Voir le nº 3 de 1891 du *Progrès médical* et les notes de la page 54.
(2) Voir le *Mouvement médical* de 1865 à 1870.
(3) M. de Ranse trouvera des renseignements sur la question des directeurs d'autopsies ou prosecteurs des hôpitaux dans le Manuel des autopsies (en collaboration avec P. Bricon) que nous lui avons adressé en 1885, et qu'il a *annoncé*.

« Si maintenant nous passons dans les Facultés et les Ecoles, il n'y a, pour utiliser les forces vives dont on y dispose, qu'à associer à l'enseignement, non plus nominalement, mais d'une façon effective, tous ceux qui, à un titre quelconque, appartiennent à la Faculté ou à l'Ecole, et à provoquer ainsi une sorte de concurrence, une émulation féconde. A ce point de vue il y aurait lieu aussi de faire une part plus large, en lui offrant une hospitalité plus généreuse et même en l'encourageant, à l'enseignement libre qu'on peut considérer comme mort-né dans les Facultés de province et qui s'éteint peu à peu à la Faculté de médecine de Paris. »

La *Revue de thérapeutique*, ainsi que nous l'avons vu plus haut, se demande quand luira le jour de la réalisation de l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux. Si au lieu d'avoir été pendant très longtemps presque seul dans la presse à réclamer cette réforme, les journaux qui, comme la *Gazette des hôpitaux* et la *Revue de thérapeutique*, la trouvent bonne aujourd'hui, avaient en même temps que nous pris cette œuvre en main, il y a des années qu'elle serait accomplie. Et maintenant encore il appartient à eux et aux autres journaux de hâter la venue de ce jour. Les circonstances nous paraissent propices. Le Conseil municipal, qui comprend combien une organisation complète de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux jetterait d'éclat sur la Ville de Paris, est prêt à examiner et à mettre en pratique les propositions qui lui seront faites. Le corps médico-chirurgical des hôpitaux, nous le répétons, commettrait une lourde faute si, n'écartant pas énergiquement les obstacles que peuvent susciter des intérêts particuliers, il ne profitait pas des bonnes dispositions du Conseil municipal qui consent à donner progressivement les ressources nécessaires. D'ailleurs, les dépenses, au début, ne seront pas considérables.

Il conviendrait, redisons-le, de voter pour 1891 un crédit de 30 à 40,000 francs qui serait partagé entre *tous* les médecins qui feraient de l'enseignement, soit à l'amphithéâtre, soit au lit du malade, dans des conditions dont nous avons tracé les grandes lignes. L'accroissement du nombre des étudiants, des médecins de l'étranger qui viendraient profiter des nouveaux moyens d'enseignement mis à leur disposition, compenserait, dans une forte proportion, les dépenses de la nouvelle organisation (1).

Cette considération est relativement secondaire, en comparaison des avantages sociaux que procurerait cette grande réforme, de l'éclat qu'elle jetterait sur le corps médical des hôpitaux, des services qu'elle rendrait à la société en lui fournissant des médecins vraiment instruits et capables, et des progrès qu'elle ne manquerait pas de réaliser dans les différentes branches des sciences médicales. Que nos maîtres, nos amis et nos collègues des hôpitaux réfléchissent aux conséquences des derniers événements scientifiques survenus à Berlin et leur patriotisme éclairé fera le reste.

BOURNEVILLE.

(1) Rien n'empêcherait plus tard, *si on le reconnaissait nécessaire*, de réclamer une modique rétribution à ceux qui tireraient un réel bénéfice de l'enseignement des hôpitaux. L'expérience décidera.

LA SCARLATINE DANS LES LYCÉES A PARIS. — Un de nos confrères a annoncé qu'une épidémie de fièvre scarlatine régnait au lycée Saint-Louis. La vérité est que deux cas de cette maladie se sont produits dans ce lycée il y a quelques jours. Depuis, aucun nouveau cas ne s'est manifesté.

POLICLINIQUE DE PARIS. — Vendredi 6 mars, notre ami Mauger fera à huit heures 1/2 du soir, à la Policlinique de Paris, une intéressante conférence avec projections de M. LONDE sur *un coin du vieux Paris* (rue de la Bûcherie et ses alentours), coin célèbre dans l'histoire de notre Ecole de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 février 1891. — Présidence de M. Malassez.

MM. Charrin et Roger *ont reproduit expérimentalement une angiocholite suppurée* chez le lapin, par l'injection dans les voies biliaires d'une culture pure d'un bacille identifié avec le Bactérium coli, et trouvé dans un cas d'angiocholite suppurée chez l'homme. Le lapin succombe en un temps qui varie avec l'intensité de la culture employée. On trouve à l'autopsie la vésicule biliaire pleine de pus et le foie présente des abcès miliaires qui se sont développés autour des voies biliaires. Sur les animaux qu'on laisse vivre longtemps, on observe au début de la sclérose multilobulaire. Enfin, avec des doses très fortes de culture, on constate des lésions diffuses bien plus intenses; des abcès intra-lobulaires et la nécrose des cellules du foie. Le *Bactérium coli* joue donc un rôle prépondérant dans l'angiocholite et les injections de culture pure de cet organisme isolé reproduisent le type de l'affection clinique.

M. Roger.— *Procédé d'injection dans les voies biliaires.* On introduit d'ordinaire par le fond de la vésicule la canule de la seringue qui sert à pratiquer l'injection ou l'inoculation. Cette opération, fort difficile, est fréquemment suivies d'accidents très graves et souvent mortels. De plus, le liquide n'a aucune tendance à remonter dans le foie et s'écoule directement dans l'intestin. M. Roger préfère employer la laparotomie. Il introduit une canule dans le duodénum, la fait passer dans l'ampoule de Vater et de là dans le cholédoque. La seringue est alors injectée sur la canule et l'injection ainsi poussée pénètre directement dans les voies biliaires. La piqûre de l'intestin se ferme d'elle-même; il n'y a pas lieu de s'en préoccuper.

M. Hénocque a eu l'occasion d'observer les effets de la *lymphe de Koch chez un singe* macaque, qui, après l'inoculation, a été pris de phtisie aiguë et est mort en quelques jours.

M. Capitan a eu l'occasion de faire des expériences semblables sur des singes provenant du Muséum et qui n'ont présenté que des réactions faibles ou nulles. M. Capitan est d'ailleurs en train d'étudier la tuberculose spontanée du singe, qui peut présenter des formes surtout intestinales, sans lésions pulmonaires.

M. Vaillard. — *Sur l'immunité contre le tétanos.* — Une première atteinte de tétanos ne confère pas l'immunité; elle semble même communiquer aux animaux guéris une sensibilité plus grande à l'action du poison tétanique. On peut cependant, à l'aide de la toxine elle-même, mettre les lapins à l'abri d'une atteinte ultérieure. Il suffit pour cela de leur injecter en plusieurs fois et à quelques jours d'intervalle, dans le sang ou sous la peau, 20 cent. cubes d'un liquide de culture stérilisée par filtration sur terre poreuse et chauffée ensuite à 60° pendant une heure. On arrive au même résultat en employant des cultures vivantes peuplées de spores et chauffées également à 60°, ce qui prouve que, dans les deux cas, le produit soluble élaboré par le bacille agit seul pour produire l'immunité. La température de 65° détruit le pouvoir toxique du poison tétanique et l'immunité ne se produit plus. Il semble donc que la chaleur fasse perdre aux cultures du microbe tétanigène une partie de leur virulence. Il semble aussi qu'il faut, pour obtenir l'immunité que la toxine soit encore active. M. Vaillard rappelle que MM. Behring et Kitasato ont réussi à conférer aux lapins l'immunité contre le tétanos au moyen du trichlorure d'iode. En se servant de trichlorure d'iode seul, il n'a pas obtenu cette immunité. Mais il a pu injecter, sans accidents sérieux, des doses de toxine supérieures à la dose mortelle, en les faisant suivre immédiatement d'une injection de trichlorure d'iode.

M. Charrin fait remarquer tout l'intérêt que présente, par la possibilité d'une certaine généralisation, ce procédé des cultures chauffées à 60°. Il rappelle qu'il a déjà été employé par Gamaleïa, Carl Frankel et lui-même. D'ailleurs, l'accoutumance aux toxines n'a pas lieu pour toutes les maladies. Peut-être varie-t-elle avec la technique employée et l'état de pureté des toxines.

MM. Dubief et Bruhl font une communication sur une *altération spéciale de la cellule hépatique*, qu'ils ont observée chez un cobaye qui en 24 heures a succombé à l'injection d'une dose massive de culture de bacille de Lœffler. A l'œil nu le foie présentait des lésions consistant en taches pâles, mal limitées; sur une coupe, l'altération se montrait sous forme d'îlots, disséminés. En étudiant des coupes au microscope, on trouvait à côté de parties du foie saines de petits amas vitreux formés de cellules, dont la presque totalité est occupée par une masse de forme arrondie, à contours un peu festonnés, à réfringence à peu près égale à celle du reste de l'organe. Cette masse est d'apparence homogène; elle ne contient ni granulations, ni cristaux d'acides gras. Elle ne se colore par aucun des réactifs usuels (carmin, acide picrique, couleurs d'aniline, réactifs de la graisse). — Elle est entourée d'une mince bande de protoplasma avec noyau concentrique. A un stade plus avancé cette altération peut aboutir à la destruction de la cellule et à de petits foyers de nécrobiose. Cette lésion ne présente pas les réactions de la dégénérescence graisseuse ni colloïde. Il s'agit sans doute d'une dégénérescence spéciale, peut-être une variété de dégénérescence vitreuse qui serait sous l'influence du poison diphthéritique.

M. Laguesse. — *Structure du pancréas.* — On décrit assez généralement le pancréas comme une glande en grappe analogue aux glandes salivaires. D'après M. Laguesse il n'en est pas ainsi; chez les poissons osseux où sa structure est facile à étudier parce qu'il n'existe qu'en nappes minces, où à cause de cet état diffus son existence est encore niée par beaucoup d'auteurs, on constate facilement qu'il se présente comme une glande formée de longs tubes ramifiés et anastomosés. Ces tubes forment en quelques points un élégant réseau disposé sur une seule couche à la surface du mésentère. Leur élément essentiel est la cellule pancréatique typique, caractérisée par un amas de gouttelettes de matière zymogène à l'une des extrémités. Chez certains Poissons, ce pancréas pénètre jusque dans le foie, qu'il peut traverser de part en part, en formant des gaines continues autour des branches de la veine porte jusqu'au point où elles se résolvent en capillaires; il est d'ailleurs séparé de la substance hépatique par l'endothélium péritonéal qui se réfléchit à sa surface. Chez quelques-uns de ces animaux où manquent non seulement la poche stomacale, mais (Pilliet, Soc. Zoolog., 1885) les glandes gastriques et intestinales, où les glandes salivaires font défaut, le pancréas est (avec le foie) la seule glande destinée à la digestion. Le fait est une nouvelle preuve en faveur de son importance chez les Vertébrés en général, puisqu'il persiste là où les autres glandes ont disparu.

M. Chauveau dépose une note de MM. Courmont et Dor sur la production chez le lapin de *tumeurs blanches expérimentales* par l'inoculation de cultures tuberculeuses atténuées, note qui complète celle qui a été envoyée il y a quelque temps par ces auteurs sur le même sujet.

M. Chauveau dépose une seconde note de M. Montanié, vétérinaire à Toulouse, sur la structure et le mode de formation d'un *lymphangiome ganglionnaire* trouvé sur un cheval.

Al. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 février 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Ollivier rapporte une observation capable d'éclairer la question de la *transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache.* Il s'agit d'une jeune fille de Chartres qui succomba à une méningite presque foudroyante. Rien dans ses antécédents héréditaires ni personnels, mais en quelques années, dans le pensionnat où elle avait été élevée, la tuberculose avait fait six victimes et treize malades. Quelques jours après sa mort on abattit la vache qui four-

nissait le lait à ce pensionnat, et elle fut reconnue atteinte d'une tuberculose mammaire très étendue. Toutes les autres élèves atteintes de tuberculose ne présentaient non plus aucun antécédent. L'infection tuberculeuse par voie d'alimentation est donc plus à craindre qu'on ne serait tenté de le croire. Au point de vue hygiénique, on ne saurait donc trop recommander de faire bouillir le lait.

M. Nocard rappelle qu'à propos de la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose, il a rapporté des faits analogues et qu'il est d'avis qu'on ne doit jamais boire un lait, de quelque provenance que ce soit, sans l'avoir fait bouillir, car un animal d'excellente santé en apparence peut donner du lait tuberculeux. Témoin le fait suivant: Un grand éleveur lui envoya des pièces anatomiques provenant d'un veau de 4 à 5 mois mort rapidement. Il s'agissait de volumineux ganglions tuberculeux remplis de bacilles. La mère était une bête de premier ordre, primée dans tous les concours et qu'on n'aurait pas soupçonnée de tuberculose. Ayant été abattue peu de temps après, on envoya à M. Nocard les mamelles, les poumons et les ganglions mésentériques, qui étaient farcis de tubercules.

M. Galezowski a traité avec succès deux cas d'*épithélioma des paupières par l'apyonine ou pyoctanine*. Il badigeonne cinq ou six fois par jour la surface ulcérée de l'épithélioma avec une solution aqueuse de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 pour 10 gr. d'eau distillée. Chez un des malades le mal a été enrayé en trois mois. Chez l'autre le traitement dure depuis la fin de décembre dernier et il y a une grande amélioration. L'auteur a aussi employé la pyoctanine avec beaucoup de succès dans les abcès de la cornée et les ulcères rongeants.

M. Worms lit un rapport sur un mémoire de M. Gréhant sur le *dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang*.

Elections de deux correspondants nationaux. — 1re Election. — 1er *Tour*. Sur 66 votants obtiennent: MM. de Brun (de Beyrouth), 32 voix; Morvan (de Lannilis), 21; Trastour (de Nantes), 8; Bouchard (de Bordeaux), 3; Duché (d'Auxerre), 1; Niepce (d'Allevard), 1. — 2e *Tour*. Sur 69 votants obtiennent: MM. de Brun, 36 voix (Elu); Morvan, 28; Trastour, 4; Bouchard, 1.

2e Election. — 1er *Tour*. Sur 63 votants obtiennent: MM. Trastour, 31 voix; Morvan, 26; Bouchard, 4; Duché, 1; Niepce, 1. — 2e *Tour*. Sur 69 votants obtiennent: MM. Trastour, 32 voix (Elu); Morvan, 28.

Election d'un correspondant national (4e division). — Sur le rapport de M. Gariel, la liste de présentation est dressée de la façon suivante: 1° M. Haller (de Nancy); 2° M. Merget (de Bordeaux); 3° et ex æquo, MM. Crié (de Rennes) et Fleury (de Bordeaux); 4° ex æquo, MM. Hugounencq et Linossier (de Lyon). P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 20 février 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Raymond. — Les *abcès qui apparaissent dans la fièvre typhoïde* reconnaissent une pathologie variable. Tantôt ils sont dus à des infections secondaires par des microbes pyogènes, tantôt ils paraissent dus au bacille d'Eberth qu'on rencontre seul ou mélangé à d'autres microbes. On a d'ailleurs produit expérimentalement des abcès chez le lapin à l'aide du bacille d'Eberth. J'ai eu récemment l'occasion d'observer une malade atteinte de fièvre typhoïde qui a présenté comme particularités du délire aigu et un vaste abcès de la paroi abdominale sans communication avec la cavité péritonéale. Cette malade a succombé dans le coma. Cette observation présente 3 points intéressants: 1° On a dit que cette forme de délire survient chez des prédisposés. C'est le cas chez cette malade dont le père était alcoolique et qui présentait elle-même un caractère insouciant et très mobile. 2° On pouvait penser aussi que le délire était provoqué par la présence de bacilles dans les centres nerveux ou les méninges ainsi que cela a été signalé par Klebs. Chez notre malade il n'y avait pas de suppuration des méninges. Chez deux autres malades qui ont présenté la même forme de délire, l'examen bactériologique est resté négatif. La présence des bacilles n'est donc pas la cause nécessaire à la production du délire. Pour certains auteurs, le délire est en quelque sorte une manifestation normale dans la fièvre typhoïde et tiendrait à des altérations microchimiques amenant une dégénérescence des cellules cérébrales. Il semble en être ainsi chez la malade en question qui présentait, par le fait de son âge et d'un certain degré d'obésité, une double tendance à la dégénérescence des cellules cérébrales. 3° Le pus de l'abcès examiné avec soin et cultivé a montré la présence du seul bacille d'Eberth. On peut donc conclure de cette observation: que le bacille d'Eberth peut être pyogène, sans cependant affirmer qu'il soit l'agent de toutes les suppurations dans la fièvre typhoïde.

M. Chantemesse. — La possibilité de la production de pus par le bacille d'Eberth est un fait aujourd'hui admis, mais l'observation très intéressante de M. Raymond apporte encore une confirmation. C'est au moment où le bacille d'Eberth a perdu sa virulence spéciale qu'il détermine la suppuration. C'est pourquoi on observe les abcès où il est en cause à la fin de la fièvre typhoïde. Expérimentalement, on a pu faire produire du pus au bacille typhique en l'inoculant à des animaux réfractaires à la fièvre typhoïde. On a cité récemment plusieurs observations de fièvre typhoïde dans lesquelles on a rencontré le bacille d'Eberth dans les centres nerveux. Ces bacilles pourraient bien jouer là un rôle analogue à celui que M. Marie leur attribue dans le développement de certaines scléroses médullaires qui paraissent consécutives à d'anciennes maladies infectieuses.

M. Raymond partage à ce point de vue l'opinion de M. Chantemesse et de M. Marie.

M. Chantemesse présente 2 *graphiques* extraits du rapport présenté par le ministre de la guerre au président de la République, montrant la diminution de la mortalité et de la morbidité par fièvre typhoïde dans toute l'armée française et dans le gouvernement militaire de Paris où les mesures sanitaires ont pu être exécutées plus rapidement et plus complètement. De ces graphiques il résulte que la diminution de la morbidité en 1890 est de moitié et la diminution de mortalité d'un tiers. Ces résultats sont dus à deux mesures très importantes: la suppression des fosses fixes et la distribution d'eau pure soit par l'adduction de sources dans les pays où cela a été possible, soit par l'établissement de filtres dans les casernes où les eaux risquent d'être contaminées. L'orateur rappelle que ces mesures sont dues à l'initiative de M. Brouardel.

M. Guyot. — Dans un village il est impossible de prescrire des mesures de ce genre car, en cas de contamination d'un puits, on ne peut obliger le propriétaire à boucher son puits ou à ne pas se servir de l'eau qu'il contient. Il faudrait sur ce point changer la législation, mais dans l'état actuel on ne peut compter que sur la bonne volonté et l'intelligence des habitants et c'est bien peu dans cet ordre de choses.

M. Marie présente un malade atteint de *myopathie progressive primitive* avec déformation postérieure du crâne. Les chiffres donnés par la mensuration de ce crâne donnent des chiffres inconnus jusqu'ici:

Diamètre antéro-postérieur.	166	millimètres
Diamètre transversal. . .	168	—
Indice céphalique. . . .	101	—

L'orateur a vu plusieurs cas analogues appartenant tous à la forme de Erb. Il pense qu'il s'agit en ces cas d'une lésion osseuse qui ne paraît pas évoluer parallèlement à la lésion musculaire et qui s'expliquerait par le décubitus.

L.-R. Régnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 février 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Quénu. — *Traitement opératoire des rétrécissements syphilitiques du rectum par l'extirpation*. En juin 1889, M. Quénu a pratiqué la résection du rectum pour un rétrécissement syphilitique; il a opéré par la voie ano-coccygienne. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, ayant deux enfants, l'un de 2 ans, l'autre de 9. Il y a sept ans, syphilis. Le rétrécissement commença à déterminer des troubles sérieux il y a deux

ans, pendant la dernière grossesse. On le traita par l'iodure de potassium, sans en retirer aucun bénéfice. La malade avait tous les jours des crises douloureuses très intenses; on lui administrait très fréquemment des lavements et des purgatifs pour la faire aller à la selle, car elle restait parfois une semaine sans garde-robes. Il se forma, au bout de quelque temps, un abcès péri-anal et des fistules. Lorsque M. Quénu l'examina, cette femme avait toutes les apparences d'une tuberculeuse. Le rétrécissement cylindrique siégeait à 1 centimètre au-dessus de l'anus et avait 6 centimètres de longueur. Le petit doigt pouvait avec peine y pénétrer. A noter aussi des condylomes péri-anaux. La fistule débouchait très haut dans le rectum. L'exploration était des plus douloureuses; les tissus péri-rectaux étaient infiltrés et il y avait un écoulement glaireux incessant. Aussi la malade accepta-t-elle sans la moindre hésitation l'opération proposée. Chloroformisation, après antisepsie rectale (naphtol, purgatifs, etc.). Excision, après une rectotomie postérieure, de tout le rétrécissement, y compris la fistule; suture de l'intestin à la peau; reconstitution de la région coccygienne incisée; durée de l'opération : une heure. Suites opératoires très simples. Trois semaines après, cicatrisation complète. Première garde-robe le 6e jour sans souffrance. Pas de tympanite ni de débâcle après l'opération. Cette malade, revue en février 1891, a un état général très bon et les fonctions rectales sont absolument normales. Le rectum ne présente pas la moindre trace de récidive. Aussi M. Quénu croit-il la guérison définitive, quoique cette malade ne soit opérée que depuis sept mois. A son avis, il faut en appeler du pronostic grave porté par Allingham au sujet des rétrécissements syphilitiques du rectum. — A côté de cette belle observation, M. Quénu place le cas d'un malade, opéré par M. Verneuil de rectotomie postérieure, et qui est loin d'être guéri. La rectotomie postérieure, de même que le procédé de M. Péan (Thèse de Jacquinot, 1890), lui semblent des méthodes insuffisantes, de même que l'électrolyse. Pour l'appréciation de la valeur de ces différentes méthodes, il faut d'ailleurs distinguer les rétrécissements syphilitiques (syphilome ano-rectal) des rétrécissements cicatriciels, dus à des ulcérations, à une opération, etc., ce que jusqu'ici on n'a pas fait avec assez de soin. M. Quénu est d'avis de traiter tous les cas de syphilome ano-rectal comme une tumeur, c'est-à-dire par la résection rectale. Si le rétrécissement est bas situé, la voie anale ou ano-coccygienne suffira; s'il siège plus haut, on aura recours à la voie sacrée, comme dans le cas de M. Richelot, si du moins l'on a des chances de conserver ainsi le sphincter. L'extirpation des rétrécissements syphilitiques a été faite plusieurs fois en Allemagne, et, dans un livre récent, on la conseille formellement pour tous les cas de lésions prononcées.

En terminant, M. Quénu donne l'examen bactériologique et histologique de la pièce qu'il a enlevée, car il s'agit là d'examens faits très rarement jusqu'à aujourd'hui. Jusqu'à présent on n'avait décrit les lésions que d'après des autopsies. M. Girode, qui a fait cet examen, a constaté une tendance à l'épidermisation de la muqueuse, surtout au niveau du sphincter interne, et un épaississement du derme formé par des foyers de cellules embryonnaires, groupées principalement autour des vaisseaux. Les glandes de la muqueuse rectale avaient disparu. Les fibres musculaires striées étaient au contraire conservées, bien que cliniquement on ait pu constater qu'elles ne jouaient plus aucun rôle; mais elles étaient noyées, enfouies au moins d'une gangue adhérente aux parties voisines. L'examen bactériologique, chose très remarquable, est resté *négatif*, malgré l'emploi de tous les réactifs connus pour la recherche des microbes: il ne faut pas oublier qu'on avait fait avant l'opération l'antisepsie rectale. Dans la couche épithéliale interpapillaire il y avait des productions psorospermiques.

M. Berger n'a pas encore trouvé de rétrécissement syphilitique du rectum présentant à son avis les indications de l'extirpation, car les lésions sont en général trop étendues. Gosselin a eu tort de dire que ces rétrécissements s'arrêtaient en moyenne à 7 cm. au-dessus de l'anus. Il en a vu remontant à 12 et même 23 cm. Les altérations de la muqueuse voisine peuvent même s'étendre bien plus haut. Dans ces cas, une extirpation serait une opération grave, à cause du danger d'infection par l'ulcération. Certes, la rectotomie n'est qu'une opération palliative, mais il connaît au moins un cas, ayant déjà 4 ans de date et qui reste très amélioré, à condition d'entretenir le calibre de l'intestin. Les Anglais confondent, en effet, les diverses espèces de rétrécissement du rectum.

M. Segond a eu l'occasion d'opérer, il y a quelque temps, un homme de 38 ans atteint d'un rétrécissement syphilitique du rectum, remontant à 7 cm. au-dessus de l'anus. En décembre 1890, il en pratiqua l'extirpation par la voie anale, après dilatation du sphincter. Il incisa le rectum par sa face interne, le dégaina, réséqua et sutura l'intestin à la peau. Suites très simples.

M. Terrier est de l'avis de M. Quénu. Il faut extirper le syphilome ano-rectal, car la rectotomie ne donne que des résultats très peu satisfaisants. De même il lui paraît nécessaire d'enlever les *rétrécissements du rectum d'origine congénitale*. Un Berlinois, né à 7 mois 1/2, éprouva vers l'âge de 21 ans des phénomènes de rétrécissement du rectum. Pas de syphilis; blennorrhagie. Accès d'épilepsie depuis 21 ans, ayant débuté au moment de l'aggravation des symptômes rectaux (crises douloureuses). En 1872, Czerny (d'Heidelberg) l'opéra de fistule à l'anus; en 1875, à Melbourne, Mackenzie lui fit une incision postérieuse et la dilatation. Billroth, consulté quelques années plus tard, à Vienne, conseilla une opération et bientôt Thiersch (de Leipzig) lui fit une nouvelle rectotomie postérieure. Les résultats de ces multiples opérations ayant été fort médiocres, il consulte à nouveau von Bergmann, à Berlin. Il resta quatre semaines à l'hôpital, sans être amélioré, malgré une nouvelle rectotomie. Ainsi, malgré 3 rectotomies, il n'allait pas mieux en 1889. L'état général était bon, et à 4 centim. de l'anus siégeait un diaphragme annulaire où le bout du doigt passait à peine; il y avait en outre des brides cicatricielles en arrière. En somme, à son rétrécissement congénital, on avait ajouté des rétrécissements cicatriciels, d'origine congénitale. M. Terrier se décida à faire dans ces conditions l'extirpation (2 juin 1889). Incision ano-coccygienne, etc. (1). Conservation du sphincter. On réséqua 7 centim. d'intestin. Durée de l'opération, 40'. Quelques accidents après l'opération; des matières intestinales étaient restées dans l'abdomen, par suite d'une préparation insuffisante du rectum. On combattit cette auto-infection par l'introduction d'un gros tube dans le rectum (2). Guérison. Ce malade est revu le 4 juin 1890, un an après: A cette époque, le sphincter ne fonctionne pas bien, quoiqu'il eût été restauré pendant l'opération (3); mais le malade allait cependant assez régulièrement à la garde-robe et avait des selles mouillées. Il pouvait se livrer à ses occupations. Le calibre du rectum était normal. Il y avait encore des attaques d'épilepsie. Revue le 25 février 1891, ce malade va bien à la garde-robe désormais; il persiste seulement de l'incontinence pour les matières liquides. Certainement ce malade a été très soulagé, mais M. Terrier reconnaît que, s'il avait à l'opérer aujourd'hui, il est probable qu'il aurait un meilleur résultat. — En terminant, M. Terrier rappelle que le malade, dont nous avons rapporté l'observation dans ce journal (4) et auquel il a pratiqué la résection du rectum pour un épithélioma, se porte admirablement (il est opéré depuis plus de deux ans).

M. Berger cite le cas d'une femme ayant un rétrécissement syphilitique dont la petite fille présentait aussi un rétrécissement qu'il dénomma: Rétrécissement congénital chez une syphilitique héréditaire. Il fit la rectotomie postérieure dans les 2 cas. La petite malade a aujourd'hui un anus ogival, de l'incontinence partielle et encore un léger rétrécissement.

M. Richelot. — En employant la voie sacrée, on pourra extirper des rétrécissements très haut placés. La voie périnéale est souvent incommode. M. Berger exagère en disant que les rétrécissements syphilitiques occupent souvent une grande étendue. Il n'est pas rare d'en trouver d'assez res-

(1) Voir, pour la description du procédé opératoire, la relation que nous avons faite d'une opération analogue dans le *Progrès médical* (6 avril 1889).

(2) Voir nos articles sur l'*Antisepsie rectale*, in *Progrès médical*, 1890.

(3) Cela tient peut-être aux 3 rectotomies faites antérieurement.

(4) *Progrès médical*, 6 avril 1889.

treints; seule la muqueuse voisine est malade; mais celle-ci peut n'être pas tout entière réséquée.

M. Quénu. — L'ulcération de la muqueuse n'est pas chose fatale; elle ne peut être une contre-indication à l'opération. Il est évident que si le syphilome siège bas, s'il n'y a pas à songer à respecter complètement le sphincter, il est inutile de passer par la voie sacrée.

M. Segond. — *Du traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.* — On pourrait préconiser l'hystérectomie vaginale pour le traitement de toutes les affections des annexes. M. Segond se borne aujourd'hui à une indication de cette opération : les cas de suppurations pelviennes.

Pratiquée pour la première fois par M. Péan, et dénommée *castration utérine* par ce chirurgien, cette opération est déjà connue en France par la communication de M. Péan à l'*Acad. de méd.* et au récent Congrès de Berlin. M. Segond, ayant vu opérer en juillet 1890 M. Péan, dans un cas grave qui a guéri, se décida à faire cette opération. Sa première date du 9 août 1899; sa 23e du 5 janvier 1891. Sur ces 23 cas, il a eu 4 décès, alors que M. Péan annonçait en août dernier 60 cas, sans un seul décès.

Le premier décès est la 12e opération (30 oct. 1889). Femme immense, obèse, dont l'opération nécessita des manœuvres très difficiles à cause de l'existence de nombreuses poches purulentes (vastes clapiers avec fistules inguinales). Mort le surlendemain en hypothermie. — 2e cas de mort (13e opération). Suppuration péritonéale. Température 40° avant l'opération. Difficultés opératoires. Opération incomplète: une poche n'a pas été ouverte. Mort de pneumonie septique au 16e jour. — 3e cas : Mort au 2e jour. 4e cas : Tuberculose de l'utérus et des annexes. Mort de péritonite le 3e jour par perforation intestinale probablement.

Les 19 autres cas, se rapportant à des salpingites doubles suppurées, se présentaient dans des conditions telles qu'on aurait dû faire la laparotomie. M. Segond a enlevé soit l'utérus seul, soit l'utérus et ses annexes. Les indications de cette opération nouvelle lui paraissent très nettes : Toutes les fois qu'il y a suppuration périutérine et lésions bilatérales des annexes. Il est indispensable que les lésions soient bilatérales; on comprend facilement pourquoi. Il ne faut pas confondre cette opération avec l'oophorectomie vaginale, opération détestable. Le manuel opératoire n'a rien d'analogue à celui de l'hystérectomie pour cancer ou fibrome. Pour ne pas avoir de désastre, il faut suivre pas à pas les règles formulées par M. Péan et employer les instruments qu'il recommande (écarteurs très longs, pour décoller la vessie et le rectum, pinces solides et longues). Il ne faut jamais pincer en totalité les ligaments larges, mais enlever l'utérus par morcellement. La situation à donner à la malade est le décubitus latéral gauche, toutes les fois que l'utérus est enclavé et haut situé. Cependant, quand il n'y a pas d'enclavement, il est plus commode de recourir à la position dorso-sacrée. On n'a pas à s'occuper des culs-de-sac ; il suffit de protéger la vessie et le rectum par les écarteurs pendant qu'on décortique l'utérus.

Parfois l'ablation de l'utérus est suffisante ; dans d'autres cas, cet organe enlevé, le pus n'apparaît pas ; il faut alors continuer et ouvrir les abcès voisins. D'autres fois, il n'y a pas de voûte pseudo-membraneuse cloisonnant le petit bassin et, l'utérus extirpé, on tombe dans le péritoine libre. Dans ces cas on enlève facilement les annexes. Les avantages de cette méthode peuvent se résumer ainsi : Pas de cicatrice abdominale, ce à quoi les jeunes femmes tiennent beaucoup; ceinture abdominale inutile après l'opération. Pronostic opératoire meilleur, pour les suppurations périutérines, que si l'on avait fait la laparotomie. Enfin guérison plus radicale, plus rapide et plus complète, sans fistule sus-pubienne. Dans les cas très avancés de suppuration pelvienne, cette méthode est certainement moins grave que la laparotomie, car l'on draine admirablement les cavités purulentes. D'autre part, à la suite d'une simple extirpation de l'utérus, il se produit une atrophie des annexes malades ou saines, de même qu'après l'extirpation des annexes il y a atrophie utérine. Donc, la guérison doit être, dans tous les cas, plus radicale.

M. Terrillon présente un utérus enlevé ce matin même par la voie vaginale dans un cas de suppuration fibrineuse où la laparotomie aurait été certainement très grave.

M. Polaillon présente, au nom de M. le Dr Chauveau, un *perforateur pour les os*, construit spécialement pour ouvrir le sinus maxillaire.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 février 1891. — Présidence de M. Vigier.

M. Duhomme lit un rapport sur le *régime alimentaire dans la glycosurie.* L'auteur fait l'historique du diabète, de la fonction glycogénique du foie. Il montre les variétés de malades atteints de glycosurie ; les uns ayant une grande quantité de sucre dans l'urine et bien portants, les autres pissant une très légère quantité de glycose et présentant des troubles graves. Le glycosurique n'est pas plus un candidat au diabète qu'un dyspnéique n'est candidat à l'asphyxie. Il est important, au point de vue du diagnostic, de différencier la glycosurie du diabète. Le régime alimentaire est un des moyens d'établir ce diagnostic. L'*uro-glucosie* renferme 3 divisions, basées sur la disparition plus ou moins rapide du sucre dans les urines : 1° uro-glucosie *simple,* dans laquelle le sucre disparaît rapidement et complètement, quelquefois en quelques heures ; 2° uro-glycosie *mixte*, où la diminution, assez rapide au début, fait place à une cessation lente de toute présence du sucre ; 3° uro-glycosie *complexe*, où le sucre disparaît plus ou moins dans l'urine, mais jamais complètement. Les recherches de l'auteur ont surtout porté sur l'uro-glucosie simple, qui n'est pas un phénomène grave. L'uro-glycosie mixte ne sert jamais d'intermédiaire entre l'uro-glycosie simple et l'uro-glycosie complexe. Ce qui ramène au type binaire : glycosurie, diabète. On doit assigner à la glycosurie et au diabète une pathogénie différente. Dans le premier cas il s'agit d'un simple trouble passager de désassimilation, tandis que dans le deuxième cas il y a une lésion persistante de l'organisme. Le régime de Bouchardat est toujours inefficace au point de vue curatif dans le type simple, et nécessaire dans le type mixte et le type complexe. Il faut se mettre en garde contre la diète adipo-carciée prolongée.

M. C. Paul fait une communication sur un cas d'*intoxication par la pâte de Berthé.* Il s'agissait d'une malade atteinte de mydriase permanente, complète. Dans la journée, elle avait mangé une boite de pâte de Berthé, qui est dite renfermer de la codéine. La mydriase a duré 4 à 5 jours et résisté à l'ésérine. La pâte de Berthé renferme donc de la belladone ou de la jusquiame. Il faut se défier que, dans ces spécialités, on n'introduise d'autres principes actifs à côté du médicament annoncé par les préparateurs.

M. Bucquoy. — Tout individu qui se sert d'une spécialité peut s'intoxiquer, s'il prend plus que la dose nécessaire.

M. Créquy. — Il est très facile de se rendre compte s'il y a de l'atropine dans la pâte de Berthé ; c'est de mettre une solution de cette pâte dans l'œil d'un animal ; la dilatation de la pupille aura lieu s'il y a de l'atropine.

M. N.... — Il y a une quinzaine de jours, on m'a cité une observation d'intoxication d'un enfant par le sirop de Flon. Il y a un danger dans l'administration des spécialités sans avis du médecin.

M. C. Paul. — Il est difficile d'aller contre le courant de cette consommation des médicaments sans ordonnance médicale.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je me suis opposé tant que j'ai pu contre la vente des spécialités ; mais il faut reconnaître que la faute en est au médecin, au pharmacien. En province, nombre de pharmaciens font si mal les médicaments, que le médecin préfère les spécialités. D'autre part, le médecin ne sachant pas formuler, donne les spécialités. Le nombre de ces dernières s'est accru dans des proportions considérables. Il n'y a pas de préparations, même les plus simples, qu'on ne spécialise. Je ne vois pas d'inconvénient à ce que certains pharmaciens, qui ont isolé certain corps, l'ont étudié, le spécialisent ; mais je ne vois pas pourquoi on spécialise des associations très faciles à ordonner.

M. C. Paul. — Il y a encore une autre cause ; c'est la question du dosage. Beaucoup de médecins ont peur de se tromper sur la quantité à ordonner.

M. Berlioz lit un travail sur des *recherches expérimentales sur l'acide sulforicinique.* Le coefficient de toxicité du sulfo-

ricinate de soude est de 0,227 milligr. par kilogr. d'animal, en injection dans les veines. Il faut opérer avec des solutions très étendues. La mort arrive avec de violentes convulsions. Deux à trois centimètres cubes en injection dans la plèvre ou le péritoine suffisent pour tuer un cobaye. Il existe une dissolution des globules rouges. L'estomac supporte 5 grammes de sulforicinate pour un lapin de poids moyen. Les badigeonnages, les frictions sur la peau ne produisent aucun effet. Les injections sous-cutanées engendrent des eschares. Le sulforicinate est antiseptique et désodorisant. J'ai mélangé ce corps avec du pus fétide et chauffé à l'étuve à 35°; l'odeur a disparu et des tubes de gélatine inoculés avec ce mélange sont restés stériles. Son emploi a donné de bons résultats dans l'angine diphtérique et l'ozène. Il ne faut pas le donner à l'intérieur.

M. Ruault. — J'ai commencé mes expériences avec du sulforicinate défectueux; depuis, M. Berlioz a fabriqué un produit pur, qui m'a donné d'excellents résultats dans les affections de la bouche et du nez. Je ne puis encore rien dire pour la tuberculose laryngée. Le naphtol sulforiciné est très efficace dans l'ozène. Pour le traitement de la diphtérie, son mélange avec l'acide phénique est très efficace. Malheureusement, beaucoup de pharmaciens ne savent pas le préparer.

M. Berlioz. — La préparation consiste à traiter l'huile de ricin par l'acide sulfurique. On lave le produit avec de l'eau, puis de l'eau salée pendant un assez longtemps, à plusieurs reprises, puis on filtre. Il reste quelquefois un peu d'eau qu'on enlève facilement. Les solutions phéniquées peuvent être faites jusqu'à 40 0/0. Ces solutions sont très peu douloureuses en applications sur la gorge, bien moins qu'avec le traitement de M. Gaucher.

M. Dujardin-Beaumetz. — La méthode de Gaucher est douloureuse surtout à cause des pinceaux durs qu'il emploie.

M. Bardet. — Quel est le mécanisme de l'action de l'acide sulforicinique; ce corps ne forme-t-il pas une sorte de vernis qui fait agir plus longtemps la substance incorporée ?

M. Berlioz. — Le sulforicinate s'émulsionne très facilement avec l'eau et sur les muqueuses il produit une couche adhérente.

M. Vogt lit une note sur la *pipérandine*. Les recherches lui ont montré que l'absorption de ce corps produit une diminution de l'acide urique et une augmentation de l'urée au bout de plusieurs jours. Ce phénomène doit être dû à l'action antiseptique et oxydante de cette substance. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 février 1891. — Présidence de M. Chauveau.

M. Cacheux présente à la Société un ouvrage sur les *habitations au* XIXe *siècle*. La Société française des habitations ouvrières à bon marché a ouvert un concours sur les habitations à bon marché : le premier prix recevra 3.000 francs; le second mémoire 1.000 francs.

M. Chauveau offre à la Société son livre sur *le travail musculaire et l'énergie qu'il représente*.

M. Dehenne lit un *travail sur la prophylaxie de la cécité par ophtalmie des nouveau-nés*. Malgré les grands progrès de l'hygiène publique, l'ophtalmie des nouveau-nés fait encore des ravages considérables. Sur 100 aveugles, 45 au moins ont perdu la vue par l'ophtalmie des nouveau-nés. Sur 100 enfants atteints au moment de la naissance d'ophtalmie purulente, 35 ou 40 restent irrémédiablement aveugles. Il est indispensable de remédier à cet état de choses. Presque tous les pays étrangers se sont occupés de la question; en France, Fieuzal, Galezowski, Brière, Terson, de la Personne ont appelé l'attention des pouvoirs publics sur cette importante question; mais leur voix n'a pas eu d'écho. Il est démontré

1° Q toute ophtalmie des nouveau-nés doit être considérée comme une affection grave et soignée comme telle. 2° Que dans tous les milieux hospitaliers ou autres où se trouvent des femmes en couches, si des précautions antiseptiques rigoureuses sont prises avant la naissance de l'enfant, et au moment de la naissance, l'ophtalmie purulente tend à disparaître. 3° Que toute ophtalmie purulente bien soignée doit toujours guérir. A Paris et dans les grands centres, l'ophtalmie des nouveau-nés fait relativement des ravages peu considérables. Grâce à l'enseignement plus complet que reçoivent les sages-femmes, grâce aux perfectionnements considérables qui ont été apportés dans les services d'accouchements, l'ophtalmie des nouveau-nés est beaucoup moins fréquente qu'autrefois, et, si elle se déclare, elle est beaucoup mieux soignée. Il n'en est pas de même en province et surtout dans les campagnes où l'on considère l'ophtalmie des nouveau-nés comme une quantité négligeable, comme un feu naturel dont la prévoyante nature débarrasse les enfants. Le feu disparaît, mais avec lui les yeux de ces malheureux petits êtres qui restent irrémédiablement aveugles. Aussi le docteur Dehenne propose-t-il qu'au moment de la déclaration de la naissance, l'employé de la mairie remette à la personne qui vient déclarer l'enfant une note imprimée indiquant la gravité de l'ophtalmie des nouveau-nés, les moyens à employer pour l'éviter, et la thérapeutique à suivre, lorsque l'affection est déclarée. Dès 1807, comme le fait remarquer le docteur Dehenne, Gibson avait très nettement posé la question. Ce n'est qu'en 1875 que l'antisepsie de la mère, au moment de l'accouchement, a commencé à être mise en pratique. Il faut croire que les moyens prophylactiques et thérapeutiques sont encore bien peu répandus à l'heure actuelle, puisque les statistiques démontrent que l'ophtalmie des nouveau-nés fait des ravages si considérables (45 à 50 0/0 de la totalité des aveugles). Dans son mémoire, M. Dehenne pose très nettement les indications de la prophylaxie et de la thérapeutique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Comme moyens préventifs il insiste surtout sur les lotions des yeux de l'enfant avec la solution de sublimé au 1/2000 et sur la méthode de Bredé (instillation d'une goutte de la solution suivante dans les deux yeux) :

Nitrate d'argent cristallisé .	0 gr. 10 centig.
Eau distillée	20 grammes.

indépendamment des lotions vaginales, etc., bonne thérapeutique :

1° *S'il y a tuméfaction des paupières*, application de coton hydrophile trempé dans de l'eau glacée. Pour maintenir le froid, interposition de petits morceaux de glace entre les mailles de coton hydrophile. Cessation de l'emploi de la glace aussitôt que la tuméfaction palpébrale a disparu. 2° Nettoyage fréquent (toutes les heures en moyenne) des paupières avec du coton hydrophile trempé dans de la liqueur de Van Swieten. 3° Instillation matin et soir, dans les deux yeux, de 4 à 5 gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine . .	0 gr. 10 centig.
Eau distillée	20 grammes.

4° Une fois par jour, passer légèrement sur la face conjonctivale de la paupière un petit pinceau trempé dans la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé .	0 gr. 50 centig.
Eau distillée	25 grammes.

Il est inutile d'employer de solutions plus concentrées. Il faut s'abstenir de l'emploi de crayons mitigés, et surtout du crayon des trousses, qui produit des eschares de la conjonctive ; ces eschares desquament la surface épithéliale de la cornée et ouvrent la porte à l'infiltration de la membrane transparente pour tous les streptocoques etgonocoques qui pullulent dans les culs-de-sac conjonctivaux.

M. Nicolas lit un mémoire sur *la prophylaxie des épidémies dans les villes d'eaux*. D'après lui, les règlements d'hygiène seraient très difficilement appliqués dans les hôtels ; les mesures prises par l'autorité troubleraient peut-être trop directement les intérêts des habitants.

MM. Napias, Chantemesse et Poitou du Plessy prennent part à la discussion.

M. Gautrelet lit un travail relatif au *système filtrant Lefort* devant l'hygiène. Martha.

Congrès d'hygiène. — Nous rappelons à nos lecteurs que le septième Congrès international d'hygiène et de démographie se réunira à Londres, du 10 au 17 août 1891, sous la présidence du prince de Galles.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 5 *février* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

Parmi les ouvrages présentés, à citer un volume de M. de Charencey sur les langues néo-américaines, et un autre, du Dr Verneau, sur les races humaines, fossiles, préhistoriques et actuelles, volume sur lequel nous aurons l'occasion de revenir prochainement.

M. VINSON présente des spécimens de papier indigène de l'Inde, ainsi que le *costume des jeunes filles de l'Inde* au-dessous de 4 ans. Ce costume, appelé « cache-milieu », en Tamoul, consiste en un morceau de verre teinté, en forme de cœur, bordé d'un filet de plomb et suspendu à une ficelle formant ceinture.

M. LEGRAIN fait une communication *sur les statues égyptiennes.*

M. BEAUREGARD lit la suite de son travail *sur la justice en Egypte.* Il décrit les quartiers funéraires et la police de ces quartiers. Il parle des voleurs d'hypogées et donne, d'après les papyrus, des détails sur la conspiration tramée contre Rhamsès III de la 20e dynastie. Parmi les jugements intervenus, il y a beaucoup de sentences de mort.

M. VARIOT, continuant la discussion sur la dépopulation en France, discussion en permanence à l'ordre du jour, voudrait citer un fait qui, pour être particulier, n'en exerce pas moins une certaine influence sur la dépopulation : il s'agit de l'*hospitalisation des enfants.* Cette cause de dépopulation ne serait pas si importante si elle ne se prolongeait depuis longtemps. En 1882, 33 p. 0/0 des enfants malades à l'hospice des Enfants-Assistés mouraient de maladies qu'ils y avaient contractées. L'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, ainsi que Trousseau sont de vrais hôpitaux où, avec l'accumulation des malades, se trouvent toutes les maladies contagieuses. Or, le personnel hospitalier est commun à tous les malades ; il n'y a pas de salles d'isolement et la contagion sévit impunément. Il y a 1.000 enfants aux Enfants-Malades et 350 à Trousseau. A Trousseau, il y a bien des pavillons pour la diphthérie, la rougeole et la scarlatine ; mais, il y a 6 ans seulement, les salles étaient des champs de bataille où les enfants luttaient péniblement contre les maladies contagieuses. Le danger n'a pas entièrement disparu, il n'est qu'atténué : il appelle une étude sérieuse. Le Conseil municipal étant allé à Londres, M. Chautemps proposa, au retour, la création d'hôpitaux spéciaux et suburbains. Son projet ne fut pas adopté, mais on se contenta d'élever des pavillons d'isolement dans un milieu beaucoup trop encombré. M. Variot est allé étudier l'installation des hôpitaux à Londres. Il a vu que les hôpitaux sont communs aux enfants qu'on envoie dans des annexes. Ces pavillons sont indépendants et chaque maladie a son pavillon spécial. Londres possède, en outre, au moins une douzaine de petits hôpitaux-dispensaires, très recommandables, avec une excellente consultation externe. Ces dispensaires sont desservis par des médecins spéciaux n'ayant aucun service dans les hôpitaux. Les Anglais hospitalisent très bien : ils hospitalisent à la dernière extrémité. On ne reçoit pas d'enfants atteints de maladies contagieuses. Nous sommes en retard en France quoique, les premiers, nous ayons commencé à hospitaliser. Il faut décentraliser. L'Italie est en progrès : Gênes possède l'hôpital-dispensaire de la duchesse de Galliera, Rome celui de la duchesse de Fitz-James, Naples a également des hôpitaux-dispensaires pour enfants non contagieux. Le Conseil municipal a adopté les idées de M. Variot : d'ici à peu d'années, on décentralisera les hôpitaux d'enfants et, par la création de petits hôpitaux-dispensaires, on réduira le danger de la contagion.

M. LAGNEAU est désolé de voir le chiffre énorme qu'atteint la léthalité pour certaines affections telles que la rougeole. Ce chiffre monte jusqu'à 29 0/0 des malades et frappe surtout les arrondissements périphériques de Paris. La coqueluche détermine également une forte mortalité dans certaines populations. Les hôpitaux d'isolement proposés par M. Chautemps devraient être créés en ce sens que chaque maladie eût son hôpital et non seulement chaque hôpital des pavillons d'isolement. Maintenant on voit que la mortalité est de 68 p. 0/0 des enfants hospitalisés et qu'elle n'est que de 32 p. 0/0 pour les enfants non hospitalisés. Autre état de choses regrettable : aujourd'hui les femmes en grossesse, les filles-mères sont renvoyées de ce fait de leur service, jetées à la misère et arrivent à la Maternité dans les plus mauvaises conditions. M. Lagneau a déjà proposé de créer auprès de la Maternité des salles d'asile dans lesquelles on recevrait ces femmes vers le 6e ou 7e mois de leur grossesse. Elles pourraient y travailler pour elles et être conservées pendant quelque temps après leurs couches. Ces femmes ne demanderaient pas mieux, dans ces conditions, que de conserver leur enfant au lieu d'essayer de s'en débarrasser. On pourrait ainsi en sauver un très grand nombre. Au reste, on ne s'occupe pas assez des enfants exposés aux maladies contagieuses, et M. Variot a droit à nos remercîments.

M. LABORDE fait remarquer que le mouvement dans ce sens est parti de la Société d'Anthropologie. La morti-natalité des nouveau-nés est déjà sensiblement amoindrie. Autrefois, il n'était pas rare de voir un enfant, opéré de trachéotomie et guéri du croup, mourir de scarlatine ou de rougeole. M. Laborde estime qu'il n'est pas nécessaire d'éloigner de beaucoup le malade contagieux pour que l'isolement soit efficace. A Beaujon, il y a quelques années, les varioleux étaient simplement séparés des autres par un mur et une porte strictement condamnée aux porteurs passibles de contagion : il n'y eut pas un cas de contagion dans le service contigu. Inutile donc d'éloigner beaucoup les malades, à moins de foyers d'infection locale. La question peut, de la sorte, être réduite à des proportions plus faibles, pourvu que les services soient absolument isolés et qu'il n'y ait aucune communication d'infirmiers, de médecins, etc., d'un service à l'autre. En France, les difficultés administratives sont grandes, mais il faut convenir que ceux qui tiennent les cordons de la bourse ont un peu raison : ils prétendent que les médecins, les hommes compétents ne sont pas d'accord eux-mêmes sur le mode d'isolement. Mettez-vous d'accord, disent-ils, sur une conclusion définitive et vous pourrez demander la réalisation de ce qui aura été reconnu la meilleure solution. Quant à la situation faite aux femmes enceintes luttant contre la misère, il faut y insister beaucoup et souvent, car cette question est tout à fait importante.

Mme Clémence ROYER.— Les Anglais hospitalisent peu leurs enfants, parce qu'ils ont de la place pour vivre à l'aise. Pour les logements bourgeois, par exemple, puisque chaque ménage occupe sa petite maison, dont le dernier étage, la *nursery*, est réservé aux enfants, il y a une chambre pour l'enfant malade. Nous sommes loin de réaliser cet état de choses.

M. HERVÉ. — Si, en France, nous pouvons nous plaindre de la natalité, nous sommes loin d'accuser une plus forte mortalité que dans d'autres pays. La mortalité infantile est moindre chez nous que dans les pays allemands où elle est du tiers, et qu'en Russie où elle atteint près de la moitié.

M. LABORDE. — Nous perdons surtout par les maladies contagieuses telles que la variole. L'obligation de la revaccination obligatoire devrait, il y a longtemps, être introduite en France. C'est un crime de lèse-nation en quelque sorte.

M. VARIOT. — Les Anglais n'hospitalisent pas les enfants atteints de rougeole, parce qu'ils croient que l'accumulation augmente la mortalité. Ils préfèrent les petits dispensaires à cause du bon marché d'abord pour les parents, et ensuite parce que les enfants reçoivent des meilleurs soins dans la famille.

M. SANSON estime que la Société d'Anthropologie n'a pas compétence pour discuter ces questions. Y a-t-il, dans cette faible natalité, une question de race ou non, voilà tout ce que la Société doit examiner, non le reste.

M. HERVÉ. — Tout ce qui touche à l'homme et aux collectivités d'hommes est de notre compétence. On ne demande pas de vote. Nous ne discutons pas seulement sur des musées ethnographiques.

M. SANSON. — Nous ne sommes pas appelés spécialement à discuter des questions de médecine. Tous les contages sont solides et non volatiles, mais nous n'échangeons pas d'opinions sur ce sujet.

M. LABORDE. — L'objet de nos études est l'homme, physiologique, normal et pathologique. Nous étudions les causes aussi bien que les remèdes. Voilà notre programme.

M. LAGNEAU. — Dans les familles ayant peu d'enfants, les enfants sont mieux soignés : on y constate une mortalité moindre. Depuis le commencement de ce siècle (1806), on ob-

serve un fait curieux : la nuptialité est plus faible de 64.000, tandis que la natalité ne l'est que de 50.000. On doit, je le crois, éviter autant que possible l'hospitalisation. Mieux vaudrait donner des secours aux mères. Avec les habitations spéciales à chaque ménage, en Angleterre, la densité locale de la population est moindre. Nous perdons 1/5 de tuberculeux ; à Londres, cette proportion est moindre. Cela tient sans doute à ce que la population est plus agglomérée chez nous et que les maisons sont plus surchargées.

M. Hervé. — Les médecins militaires ont observé qu'il y avait peu de tuberculeux en campagne, sous la tente, tandis qu'il y en avait beaucoup plus dans les chambrées, par suite de l'agglomération. G. Capus.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. P. Janet. — **L'automatisme psychologique.** Paris, in-8, 1889. F. Alcan, éditeur.

II. A. Riant. — **Le surmenage intellectuel et les exercices physiques.** Paris, in-16, 1889. J.-B. Baillière, éditeur.

III. M. Legrain. — **Hérédité et alcoolisme.** Paris, in-8, 1889. O. Doin, éditeur.

IV. G. Pichon. — **Le Morphinisme.** Paris, in-18, 1890. O. Doin, éditeur.

V. A. Morel-Lavallée et L. Bélières. — **Syphilis et paralysie générale.** Paris, in-8, 1889. O. Doin, éditeur.

VI. A. Cullerre. — **Traité pratique des maladies mentales.** Paris, in-16, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

VII. J. Falret. — **Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses.** Paris, in-8, 1890. J.-B. Baillière, éditeur.

VIII. J. Falret. — **Les aliénés et les asiles d'aliénés. Assistance. Législation. Médecine légale.** Paris, in-8, 1890.

IX. Ch. Féré. — **Du traitement des aliénés dans les familles.** Paris, in-16, 1889. F. Alcan, éditeur.

X. J. Christian et A. Ritti. — **Rapport sur le service médical pendant la période décennale de 1879-1888, à Charenton.** Paris, in-8 1889. G. Masson, éditeur.

XI. A. Galcéran Granès. — **Ensayo de clasificación anatomopatologico de las vesanias.** Barcelone, in-8, 1889. Balmas Planas, editeur.

XII. P. Tarnowsky. — **Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses.** Paris, in-8, 1889. *Progrès Médical* et Lecrosnier et Babé, éditeurs.

I. — Le livre de M. P. Janet est un mémoire de psychologie clinique basé sur les faits de l'hypnotisme et de ses variétés. Dans une première partie, intitulée *automatisme total*, il analyse les phénomènes psychologiques isolés, les diverses existences psychiques successives, le champ de la conscience. Indiquer cette division, c'est photographier la segmentation des phénomènes telle que l'a conçue l'auteur. Une seconde partie est consacrée, sous le nom d'*automatisme partiel*, à l'étude des actes subconscients (hypnotisme partiel et obnubilation post-hypnotique), des anesthésies et des existences psychiques simultanées, de la désagrégation psychologique (divination, spiritisme, impulsions, obsessions, hallucinations, possession), de la faiblesse et de la force morale (misère psychologique, jugement, volonté, déchéance mentale). Quoiqu'il en soit de cette habile fragmentation et des détails pleins de finesse dont fourmille ce gros volume de près de 500 pages, pour nous il est réductible en deux éléments.

Le premier, c'est la matière même du travail dont nous venons de consigner l'économie. A nous, médecins, il n'apprend rien de nouveau. L'élément principal, nous le plaçons dans la conclusion générale « de ces longues études expérimentales », pour nous servir des expressions de M. Janet. A cet égard, il est d'avis qu'il est aussi impossible d'échafauder une théorie de l'intelligence pure, indépendante de l'organisme et du mouvement, que d'imaginer une théorie de l'organisme purement mécanique, sans intervention de la conscience. Phénomènes du sentiment, de pensée, de mouvement physique sont inséparables de phénomènes de conscience.

Qu'est-ce donc que la conscience ? Une activité *agissante* qui, par une sorte de synthèse, réunit des phénomènes donnés, plus ou moins nombreux, en un phénomène nouveau différant des éléments générateurs. La synthèse, une fois construite, ne se détruit plus (activité *conservatrice*). Quant à l'essence même du mécanisme, on l'ignore. C'est déjà beaucoup d'avoir établi, par les efforts concomitants de la physiologie et de la psychologie, la simultanéité des rouages et leur enchaînement. Nous devons en être reconnaissant à M. P. Janet.

II. — La question du *surmenage* se scinde tout naturellement en deux équations. L'une d'elles concerne l'*enfance* et l'*adolescence* ; elle est la plus difficile à résoudre parce qu'il faut tenir compte des exigences de la vie moderne, de l'hérédité, des vices d'hygiène, de méthode, de programme scolaire, des sottes ambitions, etc., etc.... M. Riant nous démontre, par une judicieuse critique, que lorsque le disciple est surchargé, « il échappe le plus souvent par un *alibi* à l'exubérante fécondité d'un enseignement sans mesure ». Donc, quand il n'est plus au niveau de ses camarades vous êtes fixé ; mais comme il faut travailler, comme il est indispensable de ramener le cerveau, qui se dérobe au surmenage dans la voie tracée, il convient de s'adresser à un autre procédé d'éducation. Les exercices physiques en plein air constituent le dérivatif ; on en a déjà obtenu des résultats ; grâce à eux, le niveau de l'application s'est accru, de concert avec le degré de l'efficacité du travail intellectuel. On en trouvera des descriptions aux pages 182 à 191 du livre. — Le même traitement est applicable aux *adultes*. Ceux à qui la lutte pour la vie, la passion de la science et les excès réservent la paralysie générale, l'artério-sclérose, les dystrophies générales, devront faire du cheval, du billard, de la chasse, du tir à l'arc, de la navigation, de la pêche à la mouche. — Excellent petit volume.

III. — M. Legrain nous soumet un gros travail plein d'intérêt. Mais il n'est pas le fidèle représentant de la question posée par la Société médico-psychologique, en 1888. Le titre en a été changé, probablement à raison de la disposition des matières. Le mémoire primitif devait être intitulé : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.* Cette remarque nous est inspirée par la préface de M. Magnan qui nous annonce que cet ouvrage a été l'objet d'un des prix de la Société. L'exemplaire que nous avons sous les yeux est une étude comparative des héréditaires, des dégénérés et de l'alcoolisme, plutôt qu'une recherche du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme. La preuve, nous la trouvons dans les conclusions mêmes du livre.

« Concl. 1. L'alcoolisme et l'hérédité pathologique sont deux éléments que l'on trouve souvent en présence sur le terrain clinique. — 2. De leur synergie morbide résulte une singulière aggravation des processus hérédo-pathologiques. — 3. Les dégénérés créent des buveurs et les buveurs créent des dégénérés, cercle vicieux que l'alcool entretient. »

Il est sans doute très utile de connaître les modalités de l'ivresse et du délire alcoolique chez les héréditaires, les dégénérés, les prédisposés ; de savoir que le suicide de l'alcoolique est, en dehors des hallucinations, l'indice d'une prédisposition mélancolique et d'enregistrer tant d'autres caractères cliniques de la dégénérescence, mais le fonds même du débat ouvert en l'espèce, il faut le chercher dans les conclusions 27, 32, 33.

« Les prédisposés sont coutumiers de l'ivrognerie à rechutes et candidats à un affaiblissement précoce des facultés mentales. Certains malades non dipsomanes sont pourtant des impulsifs à boire. Il existe une dipsomanie spéciale aux dégénérés parfaits. »

Le lecteur curieux de circonscrire son sujet d'après le plan de la Société médico-psychologique devra lire le chapitre II (étude des familles d'ivrognes) et, notamment, à la page 45, l'hérédité de l'ivrognerie, à la page 51, l'histoire de quarante-huit familles, à la page 61, l'ivrognerie précoce. Ces réserves faites, nous applaudissons à la publication de pareils documents.

IV. — Passons à l'examen d'une autre intoxication. M. G. Pichon a effectué la synthèse scientifique de cent-vingt observations, afin d'éviter au lecteur la fatigue d'un mémoire. Il envisage principalement la *morphinomanie* au point de vue médico-légal ; il en étudie aussi les accidents aigus, l'abstinence, les troubles visuels, le traitement. L'intoxication aiguë chez l'homme comporte deux degrés : 1° l'ivresse morphinique avec conscience, remarquable surtout par les symptômes psychiques (excitation, hallucinations et illusions de la vue) ; 2° l'empoisonnement, qui se borne aux symptômes somatiques (coma, collapsus, abolition du réflexe cornéen et pupillaire) ; chez un

chat et une chienne, on a provoqué l'élévation croissante des doses, l'accoutumance, l'état de besoin, les animaux manifestant leur joie quand ils voyaient sortir la seringue de l'étui. L'abstinence se traduit par de la surexcitation intellectuelle, une sorte de demi-angoisse, des hallucinations et des illusions sensorielles, des impulsions. Les troubles de la vue, passagers dans l'intoxication aiguë, deviennent permanents dans l'intoxication chronique; ce sont : des scotomes et des rétrécissements irréguliers du champ visuel, de l'amaurose, explicables par la décoloration et l'atrophie progressive de la papille. En ce qui concerne le traitement, l'auteur redoute la suppression brusque, surtout quand il y a assuétude pour des doses fortes de morphine; il combat avec raison le cocaïnisme. « Séquestrez les malades, supprimez-leur d'abord un tiers de la dose journalière, en diminuant ensuite peu à peu, et administrez-leur à l'intérieur du sulfate de spartéine et de la nitroglycérine (méthode de Jennings). Nous regrettons de ne pouvoir analyser les deux autres parties de l'ouvrage, qui en forment la moitié. M. Pichon conclut que le morphinomane est un être responsable devant les tribunaux, à moins que son intelligence ne soit affaiblie ou qu'à son intoxication ne s'associent des éléments morbides surajoutés; dans ces cas, il y a lieu d'invoquer la responsabilité partielle ou l'irresponsabilité totale. La société a le devoir d'opposer une digue à la progression de ce vice. *Caveant consules! Caveant medici!* Que le pharmacien ne délivre plus de morphine sans ordonnance!

V. — Ainsi que le dit le professeur Fournier dans sa préface, à l'aide d'une énorme enquête au sein de la clientèle privée et auprès des médecins étrangers de l'Angleterre, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Suède, du Danemark, des Etats-Unis, MM. Morel-Lavallée et Bélières ont essayé de répondre aux trois questions suivantes :

« 1° La syphilis réalise-t-elle le type clinique de la paralysie générale, avec quelques particularités de symptômes et d'évolution? — 2° La syphilis figure-t-elle dans les antécédents des paralytiques généraux avec une assez grande fréquence et d'une façon assez significative pour qu'on puisse conclure à une relation de cause à effet? — 3° La paralysie générale qui dérive de la syphilis est-elle, par quelques caractères cliniques ou anatomiques, différenciable de la paralysie générale non spécifique? »

Les réponses sont assez touffues et assez claires pour que nous nous bornions à les résumer :

Le complexus symptomatique de la paralysie générale (phénomènes psychiques, phénomènes moteurs), attribué à une périencéphalite diffuse primitive, traduit un état de souffrance cortico-cérébral dû à des lésions étendues, chroniques, progressives. La nature de ces lésions importe peu. Toute altération étendue, chronique, progressive, du système cortico-cérébral simulera, à des degrés divers de perfection et d'exactitude, la paralysie générale (état paralysoïde de Lasègue; pseudo-paralysie générale de Fournier). C'est pourquoi la syphilis, quand elle produit des foyers corticaux ou profonds, engendre une *paralysie générale syphilomateuse*. Cette forme, surtout à ses débuts, est accessible au traitement spécifique. Mais l'infection syphilitique peut encore provoquer une *méningo-cérébrite corticale* par des syphilomes sclérogommeux en nappe ou par une infiltration ayant pour origine un foyer. La méningo-encéphalite corticale étulée reproduit à s'y méprendre les lésions et la symptomatologie de la paralysie générale commune. Quelles que soient les variétés de lésions, il existe aussi cliniquement une *paralysie générale incomplète fruste ébauchée*, d'origine syphilitique (pseudoparalysie générale, asthénie cérébrale, tabes cérébral dépressif), qui est la moins curable des modalités de la syphilis cérébrale.

La paralysie générale classique vraie, de Bayle, compte souvent la syphilis parmi ses antécédents. Mais il est impossible actuellement de la rattacher à la syphilis.

VI.— Le *Traité pratique de M. Cullerre* a été sévèrement apprécié dans la presse étrangère. On lui reproche de ne pas être au courant des tendances internationales de la médecine mentale. Ce reproche est fondé. L'excuse qui pourrait être alléguée, c'est qu'il s'agissait d'écrire un livre pratique. Bien qu'on puisse exposer les éléments pratiques d'une science d'après l'état de cette science en France et à l'étranger, nous devons rechercher s'il est réellement pratique. A notre avis, trop long pour un profane qui désire apprendre les éléments fondamentaux, il n'est pas assez long pour qu'on le puisse considérer comme complet. Les efforts y sont cependant considérables.

VII et VIII. — M. J. Falret a eu l'excellente idée de réunir en deux volumes les mémoires qu'il a, dans le cours de sa carrière, publiés çà et là (Archives de médecine. Annales médico-psychologiques) de 1860 à 1879. Nous applaudissons à la judicieuse préface du savant maître. « Le monument des anciens maîtres est ruiné de toutes parts, on n'a laissé subsister que la façade qui est elle-même lézardée..... », mais comme il n'existe pas de travail d'ensemble capable de remplacer la vieille classification, ne la jetons pas encore bas, « gardons-nous d'un dogmatisme prématuré et des formules trop arrêtées d'une science encore incomplète. » Quant à la matière traitée, au moment où l'assistance des aliénés suscite un renouveau à raison de l'encombrement progressif, on relira avec fruit la situation de Gheel en 1862, les divers modes d'assistance publique applicables aux aliénés (1864), la description de l'asile de Leyme (1863) ; nous les avons personnellement étudiés avec profit quand nous avons rédigé notre travail pour le Congrès international d'assistance publique de Paris en 1889 (*aliénés hors des asiles publics et privés; colonies d'aliénés*; *assistance familiale*. — Procès verbaux, p. 64. Mémoires, t. II, p. 305). Signalons encore les asiles de Hollande ; la législation étrangère et les réformes de la loi de 1838; les aliénés dangereux ; les aliénés criminels (1868-1869).

IX. — L'assistance des aliénés n'est-elle pas un problème épineux, dont les termes devraient à tout instant être soumis au contribuable ? M. Féré l'a traitée magistralement dans un petit volume à propos de l'Exposition universelle et des Congrès internationaux. Il y exalte Gheel et surtout Lierneux, l'Ecosse, l'état de Massachussets. Nous maintenons de notre côté nos critiques et principalement le plan que nous proposons pour les essais à faire en France. Ce n'est pas nous qui pouvons être accusé de modérer le zèle de l'administration, mais encore faut-il qu'on mette en garde les intéressés contre d'intempestifs essais qui, loin de servir le progrès, écraseraient les bonnes volontés ! Les ch. V à IX seront utilement rapprochés des *soins à donner aux aliénés* du *Manuel des infirmiers* de Bourneville. Quant aux conclusions, elles justifient notre appréciation.

X. — Les noms de Ritti et Christian sont un garant de la valeur de la publication des dix rapports annuels de Charenton en une brochure compacte.

XI.—La classification de M. Galcéran Granès ne peut être résumée; nous la reproduisons dans le tableau ci-(contre (p. 177).

XII. — Travail plein de faits écrit par Madame le Dr Tarnowsky, duquel il résulte que les prostituées de profession sont des êtres dégénérés au plus haut point, tandis que les voleuses marquent un échelon involutif moins bas. Quoique cela, « les données anthropométriques, ainsi que les recherches sur l'hérédité des prostituées et des voleuses, les circonstances de leur naissance, de leur vie sociale subséquente, ainsi que l'étude de leur niveau intellectuel et moral concourent unanimement à prouver que les unes et les autres appartiennent à une classe de femmes anormales dégénérées ou dégénérantes. » Le remède, c'est à la société de l'instituer par l'éducation de l'enfance. Le Conseil général de la Seine y a pourvu par sa création des enfants moralement abandonnés (1).

P. KERAVAL.

(1) Voir les rapports de M. Rousselle dans le *Bulletin municipal officiel* et le travail de M. Thulié sur les *Enfants-Assistés de la Seine*. On consultera avec fruit, au point de vue scientifique, l'Anthropométrie crâniocéphalique de Benedikt. (Trad. Keraval), Paris, in-8°, 1889.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE DENTISTE DU COLLÈGE ROLLIN, A PARIS. — Un concours sur titres est ouvert entre les dentistes français domiciliés à Paris (rive droite), qui voudraient occuper le poste de dentiste créé au collège Rollin. S'adresser à la direction du Collège.

Classification des Vésanies, d'après Galcéran Granès.

Clas.	SOUS-CLASSES.	GENRES.	ESPÈCES.	VARIÉTÉS.	SOUS-VARIÉTÉS.
I. — Péri-encéphalites localisées.	1° Frontale.	Périméningo-encéphalite frontale proliférante, dégénérative. — Paralysie générale progressive.	Lésions de la convexité	Expansive	Aiguës
			Lésions de la base.	Mélancolique.	Chroniques.
			Bulbo-spinale.	Paralyt et convulsive.	Simples.
			Neuro-vasculaire et des dégén.	Congestive et circul.	Compliquées de lésions fonctionnelles de l'intelligence (mémoire, attention, volonté, coordination et paralysies, aphasies.
		Périméningo-encéphalite frontale hyperémique	Idéofrénies	Exaltation maniaque Manie général. aiguë. Délire mégalo-maniaq. Mélancolie délirante.	
	2° Fronto-pariétale.	— fronto-pariétale. — chronique exudative	Folie impulsive	Suicides, homicides, kleptomanie, pyromanie	
	3° Pariéto-occipitale.	— pariéto-occipitale hyperémique	Folie sensitive	Psycho-hallucinat. Psycho-hyperesthésie. Enerv. affect. passion.	Hallucinations visuelles. Cécité verbale.
					Lypémanie. Anxieuse, scrupuleuse, nostalgique, désespérat. douteuse.
	4° Temporo-occipitale.	— temporo-occipitale chronique	Folie sensorielle	Hallucinatoire Hypochondriaque. Dipsomaniaque. Acénesthétique	Surdité verbale.
		— sphénoïdale évolutive.	Fol. syst. progr. (*paranoïa*).		
		— sphéno-basil. dégénératrice.	Démence mélancolique		
			Folie épi-esthésiopath. — Hyperesthés. rétinienne.	Mélancolie simple. Stupeur Illusions de la vue. Hallucinat. de la vue.	Av. conscience, dépressive, perplexe.
			Folie épi-esthésiopath. — Hyperesthés. tympanique	Illusion de l'ouïe. Hallucinat. de l'ouïe.	
			Folie épi-esthésiopath. — Hyperesthés cérébro-spin.	Folie névropathique. Irritat. cérébro-spin.	Epileptique, hystérique, choréique.
II. — Péri-encéphalites diffuses.	5° Vasculaire.	Ischémique neuro-paralytique inhibitoire	Folie endo-esthésiopathique. — Hyperesthés. du sympathique.	Ménopause gynécopathique et puerpérale	Génitale.
				Vermineuse, dyspept.	Gastro-intestinale.
				Hypertrophique	(Hépatique).
				Artério-scléreuse.	(Cardiaque).
		Artério-scléreuse généralisée.	Folie athéromateuse.	Démence primitive.	
	6° Parenchymateuse	Diathèse hyperémique. — Athéromateuse, Méningo-encéphal.	— rhumatismale	Délire	
		Diathèse hyperémique. — Hyperém. urique	— goutteuse.	Hallucinations.	
		Diathèse infectieuse cachectique. — Encéphalite proliférat	— syphilitique	Dépressive. Expansive. Pseudo-paral. génér.	
		Diathèse infectieuse cachectique. — Péri-encéphalite dif. régressive.	— tuberculeuse	Méningitiq, convuls., paralytique.	Epilep., hystér., choréique.
		Diathèse infectieuse cachectique. — Péri-encéphalite aiguë typhique	— typhique.	Stupid., idiot., dém.	
		Cysto-méningo-encéph. spécifiq.	Délire aigu vésanique.		
		— — — chroniq. dég.	Folie pellagreuse	Lypéman, hallucinat.	
	7° Interstitielle chronique.	Toxiques scléreuses. — Septo-méningo-encéph. interstit. prolif.	— saturnine	Maniaq. aig., impul. Pseudo-paral génér. Démence.	
		Toxiques scléreuses. — — — — difuse, atrophiq.	— alcoolique	Délirium tremens. Epileptoïde	Lypémaniaque. Pseudo-paralys, gén. démence.
			— hydrargyrique sulfocarbonique, nicotinique, arsénicale et morphinique.		
	8° Totius subst.	Méningo-encéphal. régress. atrophiq.	— —	Chroniq., incohérente.	
		— — destructive		Démence terminale.	
III. — Agénésies cérébrales.				Imbécillité	Atrésies intellectuelles. Pauvres d'esprit. Imbécillité morale.
				Idiotie.	
				Crétinisme.	
				Aztèques.	
				Folies dégénératives et périodiques	Folie, double forme circulaire périodique.

THÉRAPEUTIQUE

Du bromure de potassium dans les maladies nerveuses;

par M. le Dr W. Petit.

L'efficacité de l'emploi de la médication bromurée dans le traitement des maladies nerveuses est un axiome aujourd'hui scientifiquement accepté. Dans une de ses leçons à l'hospice de la Salpêtrière, Legrand du Saulle disait : « Quand j'entrai comme interne à l'hospice de Charenton, il se consommait dans tous les hôpitaux de Paris 3 kilos de bromure de potassium par an et, aujourd'hui cette moyenne a dépassé 1.000 kilos. »

Mais si l'on ne discute plus sur la nécessité de l'emploi de cette médication, quelques esprits, curieux de remédier aux inconvénients qui s'étaient produits à la suite d'une application inconsidérée du remède, ont tenté d'associer au bromure de potassium, jusque-là seul en usage, d'autres préparations telles que les bromures de sodium ou d'ammonium. Après quelques essais infructueux, les novateurs eux-mêmes ont dû bientôt confesser que ces mélanges ne donnaient que des résultats incertains. Et le bromure de potassium reste aujourd'hui le médicament par excellence dans le traitement des maladies nerveuses.

Les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer sur ce point les observations antérieures.

Dans son remarquable et récent ouvrage sur les épileptiques (1), M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, invoque l'autorité de MM. Blache, Bazin, J. Besnier, A. Voisin, Falret, Legrand du Saulle ; puis citant les travaux de Martin Damourette et Pelvet, il s'exprime ainsi : « L'action bien constatée sur les grands systèmes permet d'embrasser d'un seul coup d'œil et sans effort tout le domaine thérapeutique du bromure de potassium. Ainsi sans parler de ses effets hypnotiques, par son action anesthésique et amyosthénique générale, il s'attaque aux névroses les plus étendues et les plus complexes (épilepsie, chorée, hystérie, etc.), tout comme il combat les névroses plus localisées (dysphagie, asthme, etc.), ou seulement des éléments morbides isolés, tels que la douleur dans les névralgies, la migraine, le rhumatisme, etc.

De même, son action sédative sur l'étendue de la circulation capillaire le rend propre à effacer les hyperhémies de quelque siège et de quelque nature qu'elles soient.

Enfin, c'est parce que le bromure de potassium possède la double action hyposthénisante nerveuse et vasculaire, qu'il se montre si remarquablement utile contre les grandes névroses à processus congestif des centres nerveux, telles que l'épilepsie et l'éclampsie, l'hystérie et le nervosisme, la chorée, etc. (2).

(1) Ch. Féré. Les épilepsies et les épileptiques.

(2) Etude expérimentale sur l'action physiologique du bromure de potassium, 1887.

Le bromure de potassium est sans contredit celui qui jouit de la plus grande efficacité.

Comme le dit M. A. Voisin, le bromure doit rester presque un aliment pour l'épileptique qu'il a guéri. Et si le malade en suspend l'usage, il faut qu'il sache que c'est à ses risques et périls.

Enfin, après avoir examiné et discuté les avantages que certains praticiens entendent tirer de l'association du bromure de potassium à d'autres préparations bromurées, après avoir réfuté les objections que l'on a élevées contre l'efficacité du bromure de potassium, M. Ferré termine ainsi la partie de son ouvrage relative au traitement par les bromures : « Si le bromure de potassium a été le plus accusé, c'est aussi lui qui a le plus servi. »

Et tout récemment, M. le Dr Gilbert Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris, s'exprimait ainsi (1) : « De toutes les préparations bromurées, le bromure de potassium est certainement la plus active. Aussi constitue-t-il, on peut le dire, l'élément fondamental du traitement de toute épilepsie. *Les bromures de sodium et d'ammonium ne nous ont pas paru, tant s'en faut, agir avec la même énergie que le bromure de potassium.* »

Une question importante, c'est la qualité du médicament à employer.

« La première condition à réaliser lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, c'est de *se procurer un bromure parfaitement pur* » (G. Ballet). Il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse » (Ch. Féré). « Trop souvent, reprend le docteur Ballet, le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse, au sulfate ou au carbonate ; au chlorure de potassium et surtout à l'iodure. Il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé. »

Dès longtemps pénétré des doléances des plus éminents praticiens sur ce sujet, M. Henry Mure a créé une préparation qui, tout en procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, dissimule sous un parfum inoffensif (écorce d'orange) la saveur un peu désagréable du bromure. Aussi n'y a-t-il aujourd'hui qu'une seule préparation qui soit universellement répandue : le sirop de M. Henry Mure au bromure de potassium (exempt d'iodure et de chlorure). Les malades supportent à merveille ce produit, qui est agréable au goût, très bien préparé, mathématiquement dosé et d'une action certaine.

En s'inspirant des travaux des médecins anglais et américains et des expérimentations si sagaces et si favorables des médecins des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, M. Henry Mure est parvenu à doter l'art de guérir d'un agent pharmaceutique de premier ordre. L'incorporation du sel bromique dans son excellent sirop d'écorce d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède, et, d'autre part, la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche) simplifie utilement l'ordonnance du médecin.

Et comme « il n'est guère en thérapeutique de médicament qui soit susceptible de remplir des indications plus nombreuses et plus importantes que le bromure de potassium ; comme c'est certainement une des plus belles acquisitions qu'ait faites l'art de guérir depuis cinquante ans (2), on peut juger des services que la préparation de M. Henry Mure a déjà rendus et est encore appelée à rendre à la science médicale.

(1) De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement. *Gazette des Tribunaux*, 26 juillet 1890.

(2) Fonssagrives. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Art. Bromure.

LES MÉDECINS AU CONSEIL MUNICIPAL. — M. le Dr Levraud est nommé Président du Conseil municipal de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

La syphilis à travers les âges ; par le Dr F. BURET. — Paris, 1890. (Société d'Editions scientifiques, rue Antoine-Dubois).

L'auteur admet que la syphilis a existé de toute antiquité chez l'homme de l'ancien continent. Il repousse formellement l'hypothèse de l'importation américaine, dont les partisans tendent du reste à se raréfier de plus en plus. Pour lui, la syphilis, comme la plupart des maladies virulentes, dont l'éclosion spontanée n'est plus guère admise de nos jours, serait presque aussi ancienne que l'homme. Il y a eu sans doute un premier syphilitique ; mais, cet ancêtre qui serait si célèbre, nous devons malheureusement renoncer à faire connaissance avec lui ; contemporain de l'homme tertiaire ou de l'homme quaternaire, il n'a pas laissé de mémoires qui puissent nous conserver sa physionomie. C'est presque un mythe, ou plutôt un être de raison. Quant à la terrible maladie qu'il nous a léguée, d'où vient son nom ? M. Buret repousse l'hypothèse mythologique d'un berger *Syphilus*, puni par Apollon, l'hypothèse grammaticale de σῦς (porc) et φιλεῖν (aimer). Il pense que les mots συν (avec) et φιλια (amour) sont les plus satisfaisants comme étymologie et indiquent bien que la syphilis est trop souvent la compagne de l'amour.

Cela dit, l'auteur consacre un chapitre à l'étude de la syphilis aux temps préhistoriques ; il énumère les crânes et les ossements atteints d'exostoses ou de déformations syphilitiques que l'on a trouvés dans les diverses stations préhistoriques ; il montre ainsi la vérole marquant de son sceau les vestiges de l'homme jusque dans les temps les plus reculés. Peut-être admet-il trop facilement les idées de Parrot, bien qu'il ait soin de protester contre la nature syphilitique du rachitisme, si ardemment soutenue par le célèbre professeur.

Quittant l'homme préhistorique, M. Buret nous montre la syphilis chez les Chinois, il y a cinq mille ans. De la Chine, il nous fait passer au Japon, nous ramène ensuite chez les anciens Egyptiens, chez les Hébreux, retourne chez les Hindous, pour finir par les Grecs et les Romains. Le lecteur fera avec plaisir ces divers voyages, ayant pour guide la plume alerte, spirituelle et pleine de bonne humeur du Dr Buret. Sera-t-il toujours convaincu ? Nous n'oserions l'affirmer. Pour nous, les preuves tirées des vieux ossements porteurs d'exostoses ou de déformations spécifiques sont encore les plus solides et les plus convaincantes. Les épigrammes de Martial nous montrent tout d'abord que, parmi les Romains de son temps, il y avait des messieurs bien malpropres, et, très positivement, certains accidents buccaux (voyez p. 222, par exemple) signalés dans les vers du satirique latin seraient difficiles à classer autrement que comme des accidents syphilitiques. Mais, pour les accidents affectant les parties génitales, il est bien difficile d'affirmer que tel ou tel passage se rapporte à la syphilis plutôt qu'au chancre simple, à l'herpès ou à la balano-posthite. Si on réfléchit combien il est difficile de diagnostiquer sur description une affection cutanée que l'on n'a pas encore vue, on admettra que ce diagnostic est encore bien plus incertain lorsqu'il s'agit d'interpréter des textes traduits du chinois, de l'hébreu, du sanscrit ou du grec.

En résumé, le livre de M. Buret, écrit assez clairement pour être compris, même des gens étrangers à la médecine, est un intéressant plaidoyer en faveur de l'antiquité de la syphilis. On y trouvera une science étendue, mise au service de beaucoup d'esprit. A. MALHERBE.

Traité clinique des maladies des Femmes ; par Lawson Tait. Traduction par le Dr BÉTRIX (de Genève). — Steinheil, éditeur, Paris, 1891.

Nous engageons le lecteur à lire d'abord la préface de ce volume. Elle est courte, précise, instructive. Nous y relevons ces mots : « La gynécologie et l'obstétrique ont désormais leurs voies bien séparées et de cette division du travail sont résultés des progrès immenses. » Grands dieux ! quels hurlements les Allemands vont pousser en parcourant cette préface datée du 16 avril 1889 et en jetant les yeux sur la phrase que nous venons de citer.

C'est là, il faut le reconnaître, un livre — comme l'avant-

propos d'ailleurs — bien personnel, et certes l'auteur ne s'est point taillé un succès en puisant dans les ouvrages des autres. C'est ce qui fait le charme.... toujours, et le danger.... parfois, de semblables travaux qui n'ont rien de didactique, qu'il faut bien se garder de mettre entre les mains d'étudiants novices, mais dont le praticien, le spécialiste, savoure, à la lecture, toutes les pages. A chaque feuillet, au moins une idée personnelle, vraie et évidente, ou douteuse et même un peu paradoxale. A chaque ligne, une assurance, un aplomb, une confiance en soi, vraiment bien intéressante pour le psychologue. Et avec quelle désinvolture l'auteur ne traite-t-il pas ses égaux! Tout cela n'en démontre pas moins que Lawson Tait a révolutionné la chirurgie des annexes utérines.

Pourtant, quelle méthode? Ainsi l'introduction a pour sous-titre : *Anatomie des organes pelviens*. Vous croyez y trouver, n'est-il pas vrai, des données nouvelles sur la situation, les rapports de l'utérus. Pas du tout : on y lit une grande tirade, un peu poétique, se terminant par cette parole d'un sage : « La femme est une malade. » Pourquoi n'avoir pas ajouté ce que tout le monde pense : « Elle n'est qu'un utérus et c'est lui qui gouverne le monde! » Tout cela n'est pas absolument de l'anatomie; mais les Anglais sont parfois de profonds philosophes et il ne faut pas en vouloir à Tait d'avoir fait un peu de philosophie.

Il serait très intéressant de suivre ainsi l'illustre gynécologue chapitre par chapitre; mais nous devons de suite songer aux choses sérieuses. Il est bien certain que deux parties sont surtout importantes à parcourir : ce sont celles qui ont trait aux maladies des ovaires et des trompes, à la grossesse ectopique. L'auteur est là dans un domaine qu'il a exploré dans tous les sens. Une analyse de ces différents points serait trop incomplète pour rendre un service quelconque. Nous préférons donc engager le lecteur à les lire lui-même. On sait qu'il existe déjà une traduction française d'un autre ouvrage de L. Tait sur les *maladies des ovaires*. Dans la traduction, que nous signalons aujourd'hui à nos lecteurs, on n'a fait pour ces affections que résumer cet ouvrage, en conservant toutefois toutes les parties nouvelles. De la sorte, on a évité un double emploi, sans détruire l'harmonie de l'œuvre originale. On a bien fait. Inutile de signaler qu'on trouvera dans ce volume la description du procédé de périnéorrhaphie propre à l'auteur : il est trop connu pour que nous insistions davantage. C'est certainement une des meilleures façons de reconstituer solidement un périnée.

Mentionnons encore l'horreur qu'inspirent à Lawson Tait les différents pessaires, sa vigoureuse défense de la castration dans les fibromes utérins, ses idées absolument originales sur la menstruation (théorie tubaire : les trompes sont le point de départ de ce phénomène), etc., etc.

Cette édition, qui renferme 70 figures bien venues, fait honneur à son traducteur. Nous louons aussi sans réserve l'éditeur qui a pris l'initiative d'une telle publication. Quand des chirurgiens comme Lawson Tait se donnent la peine d'écrire ce qu'ils ont vu, ce qu'ils ont fait, ce qu'ils pensent, leurs livres doivent être traduits dans toutes les langues. Ce sont les fondations les plus solides de la science. Le Temps fait fait tomber en poussière, qui s'envole et disparaît sous la poussée du progrès, les parties inutiles ou de mauvais aloi. Ce qui est bon résiste aux orages. Et il restera peut-être beaucoup plus qu'on ne le croit encore du livre de Tait!

Marcel BAUDOUIN.

Lésions du foie dans l'éclampsie avec ictère, leurs rapports avec les lésions hépatiques de l'éclampsie vulgaire; par MM. A. PILLIET et A. LÉTIENNE. — (Extrait des Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie).

Ce travail est basé sur 5 observations d'éclampsie, suivies de mort avec examen histologique du foie, recueillies à la Maternité. Les auteurs arrivent aux conclusions suivantes : *Au point de vue clinique*, l'ictère n'apparaît que tardivement dans les cas graves d'éclampsie; son début est insidieux, puis il se fonce jusqu'à prendre une teinte jaune soufre. Les urines contiennent du pigment biliaire, les selles se décolorent. Son pronostic est très fâcheux, et la mort survient rapidement. Dans l'éclampsie blanche, le foie est gris pâle, tandis que dans l'éclampsie avec l'ictère il est toujours jaune. Le foie est parsemé d'un pointillé hémorrhagique situé sous la capsule ou dans l'épaisseur de l'organe. A l'*examen histologique*, on trouve des lésions vasculaires débutant au niveau des espaces portes : sur des points plus avancés, on aperçoit des dilatations capillaires ampulliformes formant, par leur réunion, un amas de contour irrégulier, leur centre est composé de globules rouges ou blancs avec des débris de capillaires, des cellules hépatiques plus ou moins dégénérées. Toutes ces lésions de l'infarctus semblent être dues à des thromboses multiples avec désintégration rapide des foyers. Quelles sont les causes de ces infarctus? Des colonies microbiennes ayant pénétré dans les vaisseaux par les ulcérations gastriques d'origine urémique, ou les efforts de l'accouchement. L'altération du sang semble antérieure à l'état ictérique et peut-être à l'état éclamptique.

A. R.

Su di un caso di embolia cerebrale; par le Dr M. DIECI.

C'est l'observation d'un cas d'apoplexie cérébrale avec aphasie consécutive, que l'auteur croit due à une embolie de l'artère sylvienne. Il n'y a pas eu d'autopsie, donc pas de preuves, et l'aphasie ayant cédé peu à peu, a recommencé de nouveau à la suite d'une nouvelle attaque d'apoplexie. Enfin la bibliographie sur ce sujet indiquée par l'auteur, nous a paru très intéressante à citer : Laveran et Teissier. *Patolog. e clinica medica*, vol. I.

Manuel de pathologie interne; par C. VANLAIR, 1890. — Liège, Desoer. Paris, O. Doin, éditeur, in-4, 1.030 pages.

Il est toujours fort difficile de donner une appréciation complète sur un livre didactique de pathologie, surtout lorsqu'il s'agit d'un manuel s'étendant à toutes les branches de la pathologie médicale.

Néanmoins, après l'examen forcément trop rapide du manuel de M. Vanlair, nous croyons pouvoir dire que, pour son titre, ce livre a l'avantage d'être absolument complet : ce qui manque à beaucoup des livres classés sous ce nom, et que peuvent se procurer les étudiants. Les sujets les plus importants y sont traités longuement, avec beaucoup d'ordre, de méthode, et avec détails. Les sujets secondaires ne sont pas oubliés, mais ne sont qu'esquissés, d'une façon suffisante pour en avoir une notion exacte. Dans ce livre, on n'a pas oublié le coup d'œil, ce qui est très important pour se retrouver au milieu des faits pathologiques; ainsi les têtes de chapitre sont imprimées en caracteres gras, et chaque symptôme est indiqué en italiques. Ce livre sera utile, non seulement à l'étudiant auquel il servira de manuel, mais encore au praticien, pour lequel il met au point les notions modernes de pathologie interne.

A. R.

Nature, pathogénie, inoculabilité et contagion du Tétanos. (Etudes expérimentales); par le Dr CHICOLI. — Palerme, in-8°, 1889, 72 pages.

Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes : On peut admettre aujourd'hui comme établies : 1° la nature parasitaire du tétanos de l'homme et du cheval; — 2° sa nature infectieuse; — 3° sa contagion entre individus de même espèce et d'espèces différentes; — 4° l'origine équine du tétanos de l'homme.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dr Henri Ferré, candidat républicain comme Conseiller général de Morloas, vient d'être élu par 1,182 voix, avec 762 voix de majorité sur son concurrent réactionnaire.

RÉCOMPENSES. — Par décision en date du 31 janvier 1891, le président du Conseil, ministre de la guerre, accorde un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à : M. le Dr Jouanin (de Moulins-en-Gilbert); M. l'officier de santé Ressac de Remoulins); MM. les Drs Gourdan-Fromentel (de Champlitte); Pericat (de Saurat); Carassus (de Milly); Mennesson (de la Capelle); Laborie (de Maurs); Guigou (de Vauvert); Lhoste (de Montfort-l'Amaury); Bimbard (de Ahun); Gontay (de Maringues); Lecornu (de Pont-l'Evêque); Loncle (de Maule); Tronche (de Lesparre); Sagnier (de la Grand'-Combe); M. l'Officier de santé Mercier (de Gamaches); MM. les Drs Résal (de Dompaire); Forichon (de Montet-aux-Moines); Reynaud (de Nîmes); Fauchey (de Saint-Vivien); Fuzet du Pougel (de Casteljau) et Ravier (de Morteau).

VARIA

Conférence à Rouen sur la tuberculose et l'œuvre de Pen-Bron.

M. le Pr Verneuil a fait, le samedi 21 février, à Rouen, une conférence publique sur la tuberculose devant une nombreuse assistance, dans laquelle nous avons remarqué les membres de la Société de médecine et son président M. Giraud, M. le Préfet de la Seine-Inférieure, M. le Maire de la ville, etc. M. Pallu, fondateur de l'œuvre de Pen-Bron, a exposé ensuite les résultats qui ont été obtenus dans la Loire-Inférieure.

M. Verneuil a exposé, avec sa verve habituelle, quelques-unes de ses idées originales sur les causes, la marche et la thérapeutique de la maladie, considérée au point de vue chirurgical. Pour lui, trois facteurs entrent en ligne de compte: le bacille, le germe et l'organisme qui lui sert de milieu de culture. Le germe est ce qui transmet la maladie quand on inocule une matière tuberculeuse dépourvue de bacille. L'importance du terrain chez l'homme est prouvée par ce qui se passe chez certains animaux, tels que le chien et le lapin. Le premier localise la tuberculose au point inoculé, comme l'arthritique le fait dans un tubercule anatomique par exemple. Le second a, au contraire, une tendance à la généraliser rapidement, comme l'homme que M. Verneuil qualifie d'une façon pittoresque d'homme-lapin. D'ailleurs, pour lui, il n'y a pas de tuberculose locale à proprement parler. D'après les expériences de Jeannel, en effet, 8 minutes après l'inoculation sur l'oreille, l'extirpation de la partie malade n'empêche pas l'infection de l'organisme. Au point de vue de la marche, M. Verneuil compare volontiers la tuberculose à la malaria et à la maladie Fracastorienne, qui sont des maladies à rechutes.

Qu'il survienne un traumatisme sur un sujet en état de microbisme latent et le microbe affamé trouve un foyer propre à sa repullulation! Quant à la thérapeutique, M. Verneuil rappelle l'avantage des injections iodoformées. L'inoculation du pus d'un abcès tuberculeux rend un cobaye manifestement tuberculeux en une dizaine de jours. Après les injections d'éther iodoformé, les inoculations deviennent négatives. Il insiste surtout sur l'aérothérapie et la thalassothérapie. La valeur de cette dernière méthode est prouvée par l'immunité relative des marins, et, grâce à la distraction qu'elle procure, « elle vaut tous les hypnotiques du monde. »

Il insiste sur les conséquences fatales du courant qui se produit de la campagne vers la ville. M. Verneuil termine en signalant les nouvelles méthodes par le sérum de chien et de chèvre. Quant à la lymphe de Koch, « c'est une mystification sinistre et malhonnête. » Mais il s'arrête: « De ce côté des Vosges, dit-il, quand l'ennemi est par terre on ne l'écrase pas d'un coup de botte. En somme, ajoute-t-il, si la découverte du bacille était une victoire pour l'Allemagne, la lymphe impériale est un désastre pour elle. Avec la lymphe de M. Richet, nous tenons la corde. »

M. Pallu prend ensuite la parole:

C'est le 7 octobre 1887 que la maison de Pen-Bron a reçu son premier pensionnaire. Au mois de mars suivant, 20 enfants de Rouen y étaient envoyés. La première année elle comptait 50 lits; un an après le nombre était doublé. Il y a actuellement 150 lits. Le mois prochain on en aura 182. P. Loti et l'amiral Conrad ont contribué à la propagation de l'œuvre. M. et Mme J... ont fondé un pavillon de 30 lits, le pavillon Nadine. Si à Berck on sauve 75 0/0 des malades, à Pen-Bron la statistique donne 80 0/0. Situé en face du Croisic, sur une presqu'île dont la base n'a pas plus de 100 mètres, Pen-Bron est sous l'influence des courants marins montants et descendants qui balayent la pointe de la presqu'île. Le courant descendant ramène à Pen-Bron les émanations des marais salants du Croisic. D'ailleurs, dit-il, ces marais ne recevant pas d'eau douce, n'ont jamais donné lieu à aucune fièvre intermittente.

Le grand maître de la chirurgie française a eu autant de succès dans cette conférence que le grand chef de la musique allemande à la représentation de *Lohengrin*, qui avait lieu le soir même dans cette ville. Et ce n'est pas peu dire!

La réforme de l'organisation des services de chirurgie.

La *Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris* a voté, dans ses dernières séances, les trois propostions suivantes, à l'unanimité (1): 1° Il n'y a pas lieu de modifier le concours actuel pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux. 2° Tout chirurgien pourra se faire assister et remplacer dans son service, par *un chirurgien du Bureau central*, de son choix. 3° Les chirurgiens des hôpitaux tiennent à rester chargés de la consultation externe; toutefois, pour certains services, le chirurgien titulaire pourra se faire suppléer par un chirurgien du Bureau central. — La voie est toute indiquée à M. Peyron; il a le devoir: 1° d'augmenter, dès cette année, le nombre des chirurgiens du Bureau central; — 2° d'exiger que tout le monde remplisse exactement ses fonctions. B.

(1) A l'unanimité des membres présents, quelques chirurgiens, voyant qu'un vent de réforme ne soufflait véritablement pas au sein de la Société, ont préféré s'abstenir de toute sorte de discussion et partir avant les votes.

A propos du remède de Koch.

Encore une querelle d'un journal allemand... Dans son numéro du 12 janvier, le *St-Petersburger Medicinische Wochenschrift* fait une sortie violente contre le *Wratsch* et les journaux médicaux français qui ont osé blâmer la conservation en secret du fameux remède.

« Maintenant que la préparation du remède de M. Koch est connue de tout le monde, dit cette feuille allemande, il faut croire que la comédie d'indignation mise en jeu principalement par des « Fachblätter » russes et français va, enfin, cesser. Si le grand savant plein de mérite et de bonté ne peut nullement souffrir de cette farce, il est tout de même temps de laisser de côté les petites chicanes indignes qui blessent l'honneur du corps médical universel. Il est triste de voir que même les journaux médicaux qui passaient jusqu'à présent pour être sérieux et respectables recueillent avec plaisir et publient toutes les opinions négatives, toutes les sales insinuations et les méchantes plaisanteries sur M. Koch, sur son remède et sur le secret de la préparation. Sous ce rapport se distinguait surtout le *Wratsch*, qui ne s'apercevait pas qu'il se plaçait de cette façon au même niveau que les petites feuilles à commérages et à scandale dans le genre de l'*Union médicale*, etc., etc. »

La rédaction du *Wratsch* a répondu comme il convient de répondre à une semblable querelle. Le *St-Petersburger Medicinische Wochenschrift* a oublié de dire que le *Wratsch* n'a jamais cherché à diminuer le mérite de M. Koch comme bactériologiste, mais qu'il protestait et protestera toujours contre la conservation secrète d'un remède. Ce fait est d'autant plus regrettable que, même lorsque l'illustre savant allemand était forcé de se rendre aux protestations du monde médical tout entier, il a publié la préparation de sa lymphe dans une forme qui est bien loin de celle qu'on adopte habituellement dans ce cas, car, encore maintenant, ceux qui désirent vérifier la méthode de préparation du remède sont obligés de tâtonner, de faire une quantité d'expériences préparatoires qui seraient complètement inutiles, si son auteur, dont on vante tant la bonté et la générosité, avait décrit avec détails tout ce qu'il fallait savoir. Mais, est-il vrai d'abord que seuls les journaux russes et français se sont prononcés contre cette façon de faire? Que l'honorable feuille allemande veuille bien consulter les numéros de décembre dernier des journaux, tels que *The British Medical Journal, The Lancet, Provincial Medical Journal*, etc. (1); elle verra que ces journaux ont identiquement la même opinion. Du reste, les allemands eux-mêmes n'étaient pas tous aveuglés par l'enthousiasme de la découverte, puisque Mendel a dit à la Chambre médicale de Brandeburg des choses plus dures que les journaux russes, français et anglais... Le secret adopté par Koch était tout à fait contradictoire avec nos mœurs scientifiques. Or, la presse médicale, à quelque nation qu'elle appartienne, a pour devoir de surveiller tout ce qui touche à l'honneur professionnel du Corps médical; se taire en présence des infractions flagrantes aux règlements de déontologie médicale, rien que parce que cette infraction est commise par un savant très célèbre, serait de la lâcheté, et nous dirons avec le *Wratsch* que nous regrettons beaucoup de ne pas pouvoir nous incliner devant tout ce qui est allemand, pour l'unique raison que c'est allemand. J. R.

L'Hypnotisme à Lyon.

M. le Dr Gailleton, Maire de Lyon, vient de faire afficher l'arrêté suivant sur les murs de cette ville:

Considérant que les séances d'hypnotisme et de suggestion données dans les cafés-concerts de Lyon sont parfois indécentes, provoquent des incidents scandaleux et jettent la perturbation dans une partie des spectateurs, Arrêtons: *Article premier*: Il est interdit aux directeurs ou propriétaires de café-concert de donner des séances d'hypnotisme, de suggestion ou autres spectacles analogues.

(1) On pourrait ajouter les journaux belges et le professeur Semmola.

Le secret médical.

Voici une nouvelle à sensation. Elle attirera certainement l'attention par son originalité.

L'*Eclair* annonce qu'un procès va être intenté à M. Vigné (d'Octon), ancien médecin de marine, auteur de plusieurs romans, pour son dernier livre publié chez Lemerre : l'*Eternelle blessée.* Le titre révèle le sujet du livre : « La femme, a dit Michelet, n'est pas seulement une malade, mais une blessée. Elle subit incessamment l'éternelle blessure de l'amour. » La « blessée » de M. Vigné (d'Octon) est une jeune femme qu'un accident de jeunesse exclut à jamais des joies de l'hyménée et de la maternité. Elle s'est mariée pourtant, ignorant sa disgrâce : le roman nous dit quel drame douloureux se joue dans l'existence de ce mari et de cette épouse qu'une fatalité physiologique laisse pour toujours étrangers l'un à l'autre. Or, ces jours ci, l'éditeur Lemerre recevait avis d'avoir à cesser la vente de l'*Eternelle blessée*, faute de quoi il serait poursuivi judiciairement. Cette sommation était faite à la requête d'un habitant de la France qui, dans l'*Eternelle blessée*, avait cru reconnaître sa femme, qui fut traitée par le docteur Vigné (d'Octon), auteur du livre, pour un cas semblable à celui qui est décrit dans le roman. Le procès — s'il a lieu — ne peut manquer de provoquer bien des considérations et des commentaires : le cas de violation du secret professionnel ne s'était jamais produit encore sous cette forme.

On remarquera en outre que cette nouvelle — si elle n'est point un canard — nous révèle l'existence d'un médecin homme de lettres, à qui elle va faire une jolie réclame. L'inconnu d'hier va devenir le lion du jour. Le sujet, d'autre part, semble assez intéressant... pour les gens du monde. En tous cas, les débats seront certainement curieux. Nous les suivrons et en ferons part à nos lecteurs. Le Proverbe « *Nihil novi sub sole* » se trouverait-il en défaut? M. B.

Les femmes pharmaciennes.

Mon ami et ancien collègue, Maurice de Fleury, écrit dans le *Temps*, sous la signature d'Horace Bianchon :

« Le *Progrès médical* émet une idée neuve, assez heureuse, à ce qu'il semble. La voici, en deux mots : Il y a, en ce moment-ci, sur le pavé de Paris, un nombre relativement considérable de femmes instruites et pauvres, munies de leur brevet, ardemment désireuses de gagner leur vie, et ne trouvant à s'employer comme institutrices. Pourquoi ne pas leur conseiller de se faire... pharmaciens ? C'est là une profession sédentaire, aisément accessible, qui permet de ne pas quitter le foyer conjugal et qui n'exige pas des études inabordables pour une femme. Depuis l'invasion de la spécialité pharmaceutique, le métier, à la fois plus facile et moins lucratif, attire de moins en moins les hommes. Il semble convenir bien mieux aux femmes, lesquelles sont beaucoup plus aptes à rouler des pilules et à tenir une officine qu'à pratiquer... la médecine, par exemple. Comme mon confrère du *Progrès médical*, je crois qu'elles y gagneraient beaucoup et que les malades n'y perdraient rien. »

Merci, mon cher confrère, pour ce bon coup d'épaule. M. B.

La défense de l'Europe contre le Choléra.

Dans une communication faite dans une des dernières séances de l'Académie des Inscriptions, sur le régime sanitaire de la France envisagé surtout au point de vue international, M. le Pr Proust a fait l'historique des mesures quarantenaires et sanitaires. Pour compléter cette étude, il a traité, dans la séance de samedi 13 février, des différentes *conférences internationales* ayant pour but de s'opposer à l'importation des maladies pestilentielles exotiques et indiqué l'état actuel de notre politique sanitaire.

Parlant ensuite de la *menace continuelle pour l'Europe d'une invasion cholérique*, favorisée par les migrations et les pèlerinages des musulmans, M. Proust s'est exprimé en ces termes : « Quel que soit, en effet, le programme adopté par une conférence internationale réunie pour chercher les moyens qui protégeront le plus sûrement l'Europe contre une épidémie de choléra, que ce programme embrasse tout un ensemble de vues ou soit limité à certains points particuliers, la question vraiment capitale et d'où dépend en réalité la préservation de l'Europe est la défense de la mer Rouge et l'installation d'un système de protection sur cette mer. » Le conseil d'Alexandrie n'a d'international que le nom. Depuis qu'on y a fait entrer, sous le titre de fonctionnaires égyptiens, des personnages anglais, la majorité est toujours entre les mains du président qui est Anglais lui-même, de sorte que l'on arrive à ce résultat singulier de voir, dans un conseil dit international, tous les représentants de l'Europe voter en faveur d'une mesure, et cette mesure repoussée, parce que l'Angleterre et les fonctionnaires égyptiens ne veulent pas l'accepter.

Cette situation ne peut durer plus longtemps, les inconvénients en sont tellement évidents que c'est cette seule raison qui a donné l'idée au gouvernement italien de proposer la réunion d'une nouvelle conférence internationale pour régler entre autres sujets cette question. Si l'on veut que les mesures prescrites soient sérieusement et complètement exécutées, il *faut installer sur les bords de la mer Rouge, surtout à Suez, à Ismaïlia et à Port-Saïd un personnel sanitaire pouvant inspirer confiance à l'Europe.*

Limite d'âge des professeurs de l'enseignement supérieur.

La *Revue de l'Hypnotisme* consacre, dans son numéro de février, un article aux mutations qui viennent d'avoir lieu dans les hôpitaux de Paris. Il rappelle que les médecins des hôpitaux doivent se retirer à 65 ans; que les médecins des hôpitaux, professeurs de la Faculté, conservent leurs fonctions jusqu'à 70 ans et jusqu'à 75 ans, quand ils sont en même temps membres de l'Institut. Quant aux chirurgiens, la limite d'âge est fixée à 63 ans (et non à 62 ans comme dit la *Revue*). Les chirurgiens professeurs de la Faculté restent jusqu'à 70 ans.

« M. Tarnier, dit la *Revue*, né en 1828, et M. Le Fort, né en 1829, étant tous deux professeurs de clinique à la Faculté, peuvent garder leur service pendant 8 ans de plus (7 ans). »

« Chose singulière, ajoute la *Revue*, alors que les meilleurs de nos médecins des hôpitaux sont immédiatement mis à la retraite dès que la limite d'âge est arrivée, un médecin de l'Hôtel-Dieu, M. Germain Sée, âgé de beaucoup plus de 70 ans, semble planer au-dessus de tous les réglements. M. Sée, qui n'est pas membre de l'Institut et qui a d'ailleurs peu de chances de le devenir, n'a aucun titre à rester en fonction. Est-il indiscret de demander la cause de cette inexplicable autant qu'injustifiable anomalie ? »

M. Sée n'est pas le seul professeur de l'enseignement supérieur qui soit dans cette situation irrégulière. Il appartient à M. le Ministre de l'instruction publique de se faire renseigner exactement et de prendre les mesures nécessitées par l'intérêt de notre enseignement. La loi doit être la même pour tous les professeurs de tous nos établissements d'enseignement supérieur. Nous pensons comme toujours que, tout en respectant les situations acquises, il conviendrait *dans l'avenir* de fixer la limite d'âge à 65 ans. B.

Académie royale de Médecine de Belgique.

Programme des concours (1890-1892).

Histoire, indications et contre-indications, techniques et résultats de la trépanation. Prix : 800 fr. Clôture du concours : 15 septembre 1892.

1890-1893. Faire l'*histoire des affections typhoïdes* qui atteignent les sujets de l'espèce chevaline ; établir les causes, la pathogénie, les lésions, les symptômes, le diagnostic et le traitement des différentes formes que ces affections peuvent présenter. Prix : 700 fr. Clôture du concours : 1er janvier 1893. — Prix fondé par le docteur du Costa Alvarenga. Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt du capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques. « Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. » Prix : 750 fr. Clôture du concours : 1er février 1892.

Exposition internationale d'Électricité à Francfort-sur-le-Mein, 1891.

Nous recevons sur ce sujet une note dont voici le résumé.

Les travaux préparatoires de la section d'électrotechnique médicale sont presque terminés. On y trouvera 1° tous les appareils à courants constants et intermittents propres au diagnostic et au traitement des maladies internes, à l'électrolyse, à la galvanocaustique; — 2° des appareils ou instruments destinés à la mesure et à la détermination de la force des courants, les rhéostats, etc.; — 3° les modes de distribution de l'électricité et leur application à la médecine; — 4° les sources diverses de l'agent électrique; — 5° l'électricité dans ses rapports avec l'art dentaire; — 6° les appareils de préservation des ouvriers dans l'industrie électrique.—Des chambres noires seront ménagées à l'effet de se rendre compte des appareils d'éclairage électrique, des instruments d'électrologie médicale et d'électrothérapie. La date exacte de l'ouverture de cette exposition n'est pas indiquée.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Fournier, Ricard, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie)(1re *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Jalaguier.— (2e *Série*) : MM.Tillaux, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Straus, A. Robin, Letulle.

MARDI 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Humbert, Bar. — (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Hutinel. — 4e *de Doctorat :* MM. Laboulbène, Proust, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Campenon. — (2e *Série*) : Duplay, Brun, Maygrier. — (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil, Gilbert.

MERCREDI 4. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Segond, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) *:* MM. Ch. Richet, Déjerine, Marie. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Chauffard, Netter.

JEUDI 5. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Schwartz, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Debove, Hanot.— 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Legroux.

VENDREDI 6. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnault, Villejean, Fauconnier.— (3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Terrillon, Segond, — (2e partie) : MM. Grancher, Brissaud, Marie.

SAMEDI 7. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bar, Schwartz. — (2e partie) : Debove, Legroux, Ballet.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Le Dentu, Humbert, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Quenu.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 4. — M. Laverny. Contribution à l'étude de l'épistaxis dans le mal de Bright — M. Morel. Contribution à l'étude de la diphtérie. — M. Mariage. Intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cæcales. — M. Dupré. De la luxation congénitale de la hanche. — M. Gampert. Traitement de l'amygdalite lacunaire chronique par la discission des amygdales.

JEUDI 5. — M. Bonnard. De certaines formes de kératite consécutives à des altérations légères du nerf trijumeau. — M. Redureau. Contribution à l'étude de la suppuration dans la grippe. — M. Costet. De la variole pendant la grossesse. Pronostic pour la mère et pour l'enfant. — M. Couder. Protection du périnée pendant le passage du tronc après la sortie de la tête.

Enseignement médical libre.

Cours de gynécologie. — M. le Dr AUVARD, accoucheur des hôpitaux, commencera le mardi 5 mai, à 4 heures 1/2, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, un cours de gynécologie qui sera complet en 15 leçons et en 5 semaines. Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser 15, rue Malebranche (rue Soufflot).

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Médecine légale (aliénation et criminalité). — M. le Dr DUBUISSON, le jeudi à 4 h. 1/2, à la Faculté de droit.

Thérapeutique oculaire.— M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

2e *Cours de gynécologie opératoire (Policlinique de Paris).* — MM. VULLIET, LUTAUD et Ad. OLIVIER, le mardi, à 2 heures de l'après-midi. Ce cours est destiné aux jeunes médecins et aux étudiants en médecine à la fin de leurs études ; ils pratiqueront les opérations soit directement, soit comme aides. S'inscrire d'avance à la Policlinique, le nombre des élèves étant limité.

Cours de technique et de manipulations bactériologiques.— M. le Dr LATTEUX, ancien chef de laboratoire de la Charité, recommencera son cours le jeudi 5 mars, à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les manipulations exigées journellement pour les recherches bactériologiques relatives à l'exercice de la profession médicale. (Procédés de culture, de coloration, exécution des préparations). Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les instruments nécessaires (microscopes, étuves, etc.), sont à leur disposition. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, chez le Dr Latteux, de 1 h. à 2 h.

Enseignement municipal supérieur.

Cours de Biologie. — Ce cours, professé par M. le professeur POUCHET à l'Hôtel-de-Ville (Enseignement populaire supérieur), momentanément suspendu pour les préparatifs du prochain bal de l'Hôtel-de-Ville, reprendra le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du 1er arrondissement).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. —Du dimanche 15 févr. 1891 au samedi 21 février 1891, les naissances ont été au nombre de 1395 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 515 ; illégitimes, 218, Total, 733 — *Sexe féminin :* légitimes, 481 ; illégitimes, 181, Total, 662.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 fév. 1891 au samedi 21 février 1891, les décès ont été au nombre de 1200 savoir : 658 hommes et 550 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 7, T. 14. — Variole : M. 1, F. 1, T. 2. — Rougeole : M. 7, F. 11, T. 18 — Scarlatine : M. 5, F. 3, T. 8. — Coqueluche : M. 3, F 4, T. 7 — Diphtérie, Croup : M. 29 F. 22, T. 51. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 133, F. 90, T. 233 — Autres tuberculoses : M. 15, F. 19, T. 34 — Tumeurs bénignes : M. 22, F. 26, T. 48 — Tumeurs malignes : M. 1, F. 0, T. 1. — Méningite simple : M. 21, F. 12. T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 17, T. 39. — Paralysie : M. 5, F. 5, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 3, T. 10.— Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 42, T. 81. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 18, T. 37 — Bronchite chronique : M. 20, F. 34, T. 54. — Broncho-Pneumonie : M. 28, F. 14, T. 42 — Pneumonie : M. 44, F. 55, T. 99. — Gastro-entérite, biberon, M. 18 F. 9, T. 27. — Gastro-entérite, sein : M. 18, F. 9, T. 27. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0. F. 0, T. 0. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8, T. 8 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. - Débilité congénitale : M. 16, F. 11, T. 27.— Sénilité : M. 12, F. 26, T. 38 — Suicides : M. 18, F. 5, T. 23 - Autres morts violentes : M 11, F. 4, T. 15. — Autres causes de mort : M. 134, F. 93, T. 237 — Causes restées inconnues : M. 8, F. 9, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 14. Total : 44. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 21. Total : 47.

FACULTÉ DES SCIENCES DE CAEN. — M. DANIS, licencié ès sciences physiques, délégué dans les fonctions de préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Caen, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. BRUNHES, professeur de physique à la Faculté des sciences de Dijon, membre du Conseil général des Facultés, est nommé assesseur du doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Prix Corvisart :* La question mise au concours pour ce prix, en 1891, est : *Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë.* — *Vacances de Pâques :* Ces vacances cette année auront lieu du 22 mars au 5 avril.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. CASTAN, aide de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé préparateur de médecine légale à ladite Faculté, en remplacement de M. Planas, démissionnaire.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira, le 29 juin 1891, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à la dite Ecole. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en médecine.* — Le jury est définitivement constitué. Il se compose de MM. Ollivier, Rendu, Brocq, Hanot, Gouguenheim, Moizard et Humbert. On nommera à ce concours trois médecins du Bureau central.

Candidats inscrits. — Sont inscrits pour ce concours : MM. Cayla, Berbez, Lebreton, Legendre, Delpeuch, Marfan, Morel-Lavallée, Barbe, Mathieu, Leermoyez, Roger, Raymond (Paul), Widal, Duplaix, Poupon, Laffitte, Tissier, Duflocq, Ménétrier, Barbier, Gilles de la Tourette, Deschamps, Bourdel, Gaume, Queyrat, Springer, Guinon (G.), Dalché, Giraudeau, Ribail, Jacquet, Achard, Darier, Dubief, Launois, Bruhl, Weber, Gallois, Bourey, Lyon, Florand, Guinon (L.), Vaquez, Gauchas, Hudelo, Besançon, Lion, Nicolle, Polguère, Robert, Despréaux. Wurtz, Durand-Fardel, Klippel, Coffin, Martin de Gimard, Œttinger, Girode, Thoinot, Capitan, Gillet, Baudouin (Georges), Lesage, Bloeq, de Gennes, Havage, Jeanselme, Belin, Méry, Berbez, Pignol.

Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française.— *Section de Lyon* 1891. — Ce Congrès se réunira à Lyon, le lundi 3 août 1891. Les questions du programme sont: 1° Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. Rapporteur: M. le Dr Brun. — 2° De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. Rapporteur: M. le Dr Henry Coutagne. — 3° De l'assistance des épileptiques. Rapporteur: M. le Dr P. Lacour. — Les rapports sur ces questions seront envoyés à chaque membre adhérent, un mois avant la réunion du Congrès. Tout document concernant le Congrès doit être adressé au Dr Albert Carrier, médecin des hôpitaux, rue Laurencin, 13, à Lyon.

Comité consultatif d'Hygiène publique de France. — M. le docteur Gariel, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine, ingénieur en chef des ponts et chaussées, est nommé membre du comité consultatif d'hygiène publique de France en remplacement de M. Gavarret, décédé.

M. le Dr Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été nommé auditeur près de la même assemblée.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Lubelski, médecin du consulat général de France et de l'hôpital, à Varsovie, est nommé officier de la Légion d'honneur.

Influenza. — L'influenza s'est déclarée dans l'école normale d'instituteurs de Metz. Environ cinquante élèves ont été atteints. L'enseignement a dû être suspendu.

Épidémie de scarlatine.— L'Ecole d'Agriculture de Grignon, où se sont produits des cas de scarlatine, a été licenciée. Les élèves ont vingt jours de congé.

Fièvre typhoïde dans l'armée. — *Epidémie de Montargis*. — M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, a été envoyé hier à Montargis où l'on signalait une épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison. Accompagné de M. le Dr Mathieu, directeur du service de santé du 5e corps d'armée et des chirurgiens-majors du 89e de ligne, il s'est rendu à l'hôpital pour visiter les malades. Ces hommes appartiennent tous au 1er bataillon du 89e; pendant les grands froids, on leur avait donné à boire de l'eau d'un puits qui a produit l'éclosion de la maladie. Deux soldats sont morts et quatre sont gravement malades. La cause du mal ayant été reconnue, on a aussitôt interdit l'usage de l'eau de puits, qui a été remplacée par de l'eau de source. Il est donc certain que l'épidémie ne fera pas de nouveaux ravages.

Hôpitaux maritimes pour les enfants chroniqeus. — Dans sa dernière causerie de l'*Union médicale*, Simplissime insiste sur la nécessité qui existe pour l'Assistance publique de la création d'un nouvel hôpital maritime pour les enfants chroniques. Parmi les réformes à réaliser d'urgence, cette création et celle d'un petit hôpital-dispensaire pour les enfants atteints de maladies aiguës dans la partie nord de Paris (1) nous paraissent devoir faire l'objet de propositions au Conseil municipal de la part de M. Peyron. Le temps qu'on a perdu à discuter sur l'utilité de la création d'hôpitaux de contagieux aurait été plus utilement employé à ces deux créations (2). B.

Hospices de Marseille. — *Concours d'élèves externes en médecine et en chirurgie.* — Le lundi 16 mars 1891, à 3 heures du soir, un nouveau concours sera ouvert pour 7 places d'élèves externes. Ce concours aura lieu devant la Commission administrative assistée d'un jury médical. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'administration des Hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Hospice de Montreuil-sous-Laon. — L'emploi d'interne en médecine est actuellement vacant. Les candidats à cet emploi peuvent adresser leur demande à M. le Directeur de l'Hospice.

Les Universités. — La commission des Universités, au Sénat, réunie sous la présidence de M. Jules Simon, a commencé la semaine dernière l'examen de l'article 2, relatif au budget des universités. La commission ne paraît pas vouloir entrer dans la voie indiquée par le projet, et qui attribue aux universités le droit d'employer à leur gré les sommes perçues par elles. Aucune décision n'a été prise. La question sera tranchée dans la prochaine séance de la commisssion.

(1) Cet hôpital, comme nous l'avons dit bien des fois, devrait comprendre deux services de médecine, un service de chirurgie, des pavillons d'isolement pour les maladies contagieuses, une consultation faite par un médecin et un chirurgien titulaire ou du Bureau central, et complétée par la délivrance de médicaments, de bains, de douches et même de secours de maladie.

(2) Voir *Progrès médical*. 25 octobre 1890, p. 310, 16 février 1890, p. 117, les opinions de Michelet et de nos réflexions.

Les Médecins de campagne et la façon dont on les traite. — Le *Wiener Tagblatt* rapporte un fait qui est le digne pendant des attentats commis contre des médecins en Italie à l'occasion du choléra. A Komaran, village voisin de Cross-Hanissa, deux médecins ont failli être écharpés par une bande de paysans surexcités qui les prenaient pour des empoisonneurs. L'un d'eux avait ordonné à un enfant malade de l'antipyrine et du calomel. Dans la nuit, toute la famille, composée de cinq personnes, succomba à l'intoxication oxycarbonique. Les paysans, ignorants et sauvages, ne manquèrent pas d'attribuer cet accident aux médicaments ordonnés la veille à l'une des victimes. Sans la présence d'esprit de l'un des médecins qui, sous les yeux de la foule, s'empressa d'avaler ce qui restait de la potion, les deux praticiens eussent subi un fort mauvais parti et eussent peut-être été massacrés. Inutile de dire que l'autopsie medico-légale montra que les cinq victimes avaient été empoisonnées par le gaz oxycarbonique.

Le remède de Koch. — Les *Nouvelles Politiques* annoncent de Berlin que le Ministre de l'Instruction publique et des cultes vient d'envoyer aux présidents supérieurs des provinces une ordonnance réglant la vente, pour les pharmacies, du remède du docteur Koch, remède qui prend désormais le nom officiel de *Tuberculinum Kochii*. D'après cette ordonnance, les pharmaciens devront renvoyer au docteur Libbertz, à Berlin, les flacons qui ne seraient pas vendus dans l'espace de six mois. Le docteur Libbertz les échangera sans frais contre de nouveaux flacons. Un centimètre cube de la lymphe coûtera 6 marcs; 5 centimètres cubes, 25 marcs.

Médecins députés. — M. le Dr Clédon, républicain modéré, est élu député de l'arrondissement d'Orthez (Basses-Pyrénées), par 12,486 voix sur 13,832 votants.

Université de Genève. *Prix*.—Le 21 janvier 1891 a eu lieu, dans l'Aula de l'Université, la délivrance des prix universitaires. Un prix de 300 fr. offert par MM. les Professeurs de la Faculté de médecine a été partagé entre deux auteurs de thèses qui ont été jugées d'une égale valeur, ce sont: 1° M. Droz (Locle). *Contribution à l'étude des névrites toxiques. De la névrite brightique*; 2° M. Rousseff (Bulgarie). *Des rapports qui existent entre la tuberculose intestinale et les altérations stomacales dans la tuberculose pulmonaire.* — Un prix de 1 000 fr., offert pour la troisième fois par la Société auxiliaire, a été partagé entre deux auteurs de mémoires offrant, dans des branches différentes des sciences médicales un égal mérite; ce sont: 1° M. Archawski. *Le siphon avec la pleurotomie dans le traitement du pyothorax*; 2° M. Dupraz. *Contribution à l'étude anatomo-pathologique du carcinome de l'estomac.* Deux autres mémoires ayant aussi, d'après le rapport du jury, une réelle valeur, ont concouru pour le même prix, le premier ayant pour titre: *De la tuberculose pulmonaire*; le second intitulé: *Etude clinique sur la grippe pandémique. (Revue méd. de la Suisse romande).*

Théatre de chirurgie. — Les Américains viennent d'inaugurer un nouveau genre de spectacle. En voici du reste le compte rendu emprunté textuellement à un Journal de l'état de Nébraska: « L'autre soir, une foule nombreuse, où était représentée l'élite des médecins d'Omaha se pressait dans la salle du théâtre du Peuple, pour assister à la représentation donnée par les docteurs de la grande Policlinique allemande; plusieurs opérations chirurgicales d'une grande difficulté (?) devaient être entreprises et menées à bien, en présence du public assemblé. Le premier cas fut une large tumeur de la joue droite enlevée à William Villers, de la salle de billard de Millard-Hotel. L'opération fut remarquablement conduite et le résultat sera qu'avant peu William Villers sera parfaitement bien. Une autre opération, réclamant une grande habileté (?) fut la guérison du strabisme, chez un petit garçon de 8 ans, le fils de M. F.-M. Kiger. Les cas de ce genre exigent la plus grande attention et la plus grande expérience, mais sont aussi la meilleure preuve de l'habileté des docteurs de la grande Policlinique. Ces représentations sont extrêmement instructives et agréables (?). On n'y fait rien qui puisse sembler ennuyeux: les dames surtout s'y plaisent toujours d'une manière particulière(!!!). On peut consulter ces messieurs tous les jours à leur cabinet, au Barker Building. Opération et conférences tous les soirs, à huit heures, au théâtre du Peuple. Entrée libre pour tous. » Avis à tous les poli, poly, ou polis cliniciens de France et de Navarre. *(Gaz. méd. de Toulouse).*

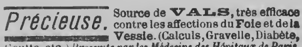
Un nouveau remède contre la tuberculose. — Les journaux politiques parlent depuis quelques jours d'un nouveau remède au moyen duquel M. le Pr Liebreich (Berlin) combat la tuberculose. Ce spécifique serait un toxique les plus violents, mais administré suivant les prescriptions de l'inventeur, il serait sans danger, par conséquent, rien, dans la pratique, ne s'opposerait à son emploi. Le grand avantage de ce spécifique, c'est qu'il serait plus facilement fabriqué que celui du docteur Koch; il coû-

terait moins cher, et son emploi serait plus facile. Il ne provoquerait pas de fièvre ni de réaction d'aucune sorte. — S'agit-il là d'une concurrence? Attendons.

UNIVERSITÉ DE VALLADOLID. — *Troubles.* — Quelques désordres ont eu lieu la semaine dernière à Valladolid, à la suite de l'élection comme sénateur du recteur de l'Université. Les étudiants en droit ayant demandé au gouverneur civil l'autorisation de donner une sérénade en l'honneur du nouvel élu, les étudiants en médecine ont manifesté l'intention de s'opposer à cette sérénade. Afin d'éviter un conflit entre les étudiants, le gouverneur a refusé l'autorisation demandée. A la suite de ce refus, les étudiants en droit ont manifesté leur mécontentement et sifflé le gouverneur bruyamment et ont opposé une vive résistance aux gendarmes qui venaient le dégager. Les gendarmes ont alors dégainé et il en est résulté une mêlée au cours de laquelle il y a eu quelques blessés. L'ordre est rétabli.

NÉCROLOGIE. — Le corps médical vaudois, dit la *Revue médicale de la Suisse romande*, vient de perdre un de ses doyens, en la personne du Dr Emile CORDEZ-LOUP, de Clarens, né à Yverdon en 1813. Lors de l'internement de l'armée de l'Est, il fut chargé d'organiser le service sanitaire à Yverdon, tâche difficile dont il s'acquitta d'une manière remarquable. — Nous avons aussi, écrit le même journal, le regret d'apprendre le décès de Mlle le Dr Malvina SCHWABACHER, d'origine allemande, qui avait fait ses études médicales principalement à Genève et y pratiquait depuis peu la médecine. Elle a succombé le 4 février dernier à une courte maladie, âgée seulement de 28 ans. — M. le Dr MALHAIT (de Saint-Bonnet-le-Château). — M. le Dr PASZKOWSKI (de Beaumont-sur-Oise). — M. le Dr SAILLY (de Grand-Reullecourt). — M. le Dr ROYER (de Lyon). — M. le Dr LEGRIS (de Morlaix). — M. le Dr BENOIT (de la Haye-du-Puits). — M. Alfred VALSER, professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de médecine de Reims. Citons sa thèse : *Etude sur la recherche des caractères distinctifs et le dosage des alcaloïdes naturels* (Thèse de pharmacie, 1862) On lui doit : *Notice sur le Dr Salle* (Union médicale du Nord-Est, 1881, p. 253). — *Du rôle des sciences physico-chimiques dans l'éducation générale* (Union méd., N.-E., 1881, p. 322). — Et en collaboration avec Granval : *Sur la spartéine et ses sels* (Id., 1886, p. 193). — *Falsification de l'acide oléique commercial par l'acide linoléique ; inconvénients industriels de cette falsification ; moyens de la reconnaître* (Travaux de l'Ac. de Reims, 83e vol., 1889, p. 199). Né à Châlons en 1837, Valser fit ses études à Reims et à Paris, entra à l'Ecole de pharmacie et devint interne des hôpitaux avec le n° 1. Il fut préparateur des cours de chimie, physique et histoire naturelle à l'Ecole et s'établit pharmacien à Châlons, avant de venir à Reims. C'est en 1879 qu'il concourut pour une place de suppléant à l'Ecole de médecine (*Un. méd. de l'Est*) — M. le Dr REVEILLE, ancien médecin en chef des hôpitaux de Nîmes, chevalier de la Légion d'honneur, est mort à l'âge de quatre-vingt-quinze ans. Il exerçait la médecine à Nîmes depuis soixante ans; il était le doyen des docteurs du Gard.

REINWALD (Charles-Ferdinand), libraire-éditeur, né à Francfort-sur-le-Mein le 19 février 1812, vient de mourir à Nice à l'âge de 79 ans ; il vint à Paris vers 1829 et entra dans la maison Firmin Didot, dont il fut plus tard le directeur jusqu'en 1848. En 1849, il fonda sa librairie actuelle et s'occupa surtout de publications d'ouvrages scientifiques, tels que les ouvrages de DARWIN, de GEGENBAUER, VOGT (de Genève), KÖLLIKER, HERTWIG, WIEDERSHEIM, dont il fit faire les traductions par des savants compétents. Il publia aussi les Archives de Zoologie (sous la direction de M. H. Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut) dont la publication se continue toujours. En 1875, il entreprit la publication de la *Bibliothèque des sciences contemporaines* avec le concours des savants et des littérateurs les plus distingués (MM. Ch. Letourneau, Hovelacque, Bordier, G. de Mortillet, L. Donnat, Yves Guyot, Issaurat, etc., etc.). M. Reinwald a obtenu une médaille d'or à l'Exposition de 1889, classe VIII (Ministère de l'Instruction publique), pour ses publications. Ses obsèques civiles ont eu lieu jeudi 26 courant, au milieu d'une grande affluence de savants et de libraires ; plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe.



Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale* : M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* : M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HOPITAL NECKER. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie.* — M. le Dr PICHEVIN, moniteur de gynécologie, a commencé un cours de gynécologie le 23 février 1891. Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures, examen des malades, diagnostic des affections gynécologiques. Lundi et vendredi à 4 heures, opérations par les élèves sur l'appareil génital de la femme, au laboratoire de la clinique ; examen des pièces anatomiques, et à 5 heures, cours théorique des moyens de diagnostic et de traitement usités en gynécologie. Dimanche matin, chirurgie gynécologique (Emet Schrœder, curage, colporrhaphie, etc.). Le jeudi, à 9 heures, laparotomie par le Pr Le Dentu. *Les Elèves devront se faire inscrire pour pouvoir assister à ce cours.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie
61, rue de Rennes, Paris.

Nos lecteurs connaissent l'importance considérable qu'ont prise dans le monde entier les Associations de *Coopération.* Le mouvement, qui s'est étendu à la France sur le tard, n'y est pas moins actif aujourd'hui que dans les autres pays civilisés. Un économiste éminent, M. Fournier de Flaix, vient de donner à la *Grande Encyclopédie* (294e livraison) un article très intéressant où il traite successivement des associations de production, des associations de consommation et des associations du crédit populaire depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Une livraison-spécimen est envoyée contre 1 franc en timbres-poste.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 10. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 7 MARS 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — **M. SEVESTRE.**

Etiologie et prophylaxie de la scarlatine.

Leçon recueillie par L. GUINON, ancien interne des hôpitaux.

SOMMAIRE. — Tentatives d'inoculation. — Durée de l'incubation de la scarlatine. — Périodes contagieuses de la scarlatine.

Modes de transmission : — transmission directe ; — transmission indirecte par une tierce personne restée indemne ; — par les objets, et les vêtements ; — par le lait. — Vitalité du contage de la scarlatine.

Influence de l'âge ; — des saisons. — Immunités. — Récidives.

Prophylaxie. — Vaccination ; emploi de la belladone (mauvais moyens).

Isolement. — Antisepsie. — Précautions à prendre avant de rendre le malade à la vie commune. — Isolement et antisepsie des suspects. — Prophylaxie dans les écoles.

Messieurs,

L'étiologie de la scarlatine présente encore beaucoup de points obscurs, et d'après ce que je vous ai dit dans notre dernière conférence, vous avez vu que nous ignorons complètement la nature et les caractères du microbe qui la produit ; nous pouvons cependant affirmer qu'il existe. Nous savons d'une façon positive que la scarlatine ne se développe jamais spontanément ou à la faveur de causes banales, mais qu'elle procède toujours d'une autre scarlatine par une transmission plus ou moins directe. Il est malheureusement difficile, dans un bon nombre de cas, de remonter à la source de la contagion, et nous ne pouvons guère tirer parti d'un élément d'appréciation auquel j'attache une grande importance dans certaines maladies contagieuses et en particulier dans la rougeole ; je fais ici allusion à la connaissance de la durée précise de la période d'incubation. Je reviendrai tout à l'heure sur ce point, mais d'abord arrêtons-nous un instant sur les résultats de quelques tentatives d'inoculation.

Stoll, ayant introduit des squames de scarlatineux sous la peau d'une personne saine, avait cru obtenir une éruption scarlatineuse, mais d'autres observateurs, et particulièrement Petit-Radel, échouèrent dans des tentatives analogues. Miquel (d'Amboise), en inoculant le sang d'une plaque d'exanthème scarlatineux, avait observé une rougeur autour du point d'inoculation, et comme de nouveaux essais sur le même individu n'avaient rien donné, il croyait avoir réalisé une vaccination; mais R. Leroy d'Etiolles obtint de la même façon, sur lui-même, une légère rougeur et put la reproduire à plusieurs reprises. Toutes ces expériences n'ont que peu de valeur.

J'en dirai autant du fait suivant, dû à Haarwood (de Cambridge) et rapporté par Sanné (1) : un homme, qui vivait près d'un scarlatineux, se coupa à la main avec un morceau de verre ; il y eut d'abord une inflammation locale assez intense au niveau de la plaie, puis l'homme fut atteint d'une maladie que l'on dénomma une scarlatine et mourut. Il faudrait, dans ce cas, démontrer que la rougeur qui accompagna l'inflammation de la main n'était pas un exanthème septicémique analogue à celui de Savard que je vous ai rappelé dans notre dernière conférence ; et, d'autre part, s'il s'agissait bien réellement d'une scarlatine, le voisinage du malade suffit amplement à l'expliquer.

L'inoculabilité de la scarlatine est donc très douteuse; les cas invoqués ne peuvent en tout état de cause servir à fixer la durée de la période d'incubation, et nous en sommes réduits à chercher dans la clinique des faits de contagion suffisamment nets. Ces faits doivent réunir les conditions essentielles suivantes : il faut que le contact avec le scarlatineux ait été très court, que la séparation ait été immédiate et complète et que l'on ne puisse invoquer aucune autre cause de contagion. Voici quelques faits de cet ordre : un enfant, observé par Alison (1), va à Lunéville où régnait une épidémie et y reste quelques heures ; cinq jours après, il présente une éruption de scarlatine. Dans un cas, rapporté par Marchand (de Berlin), un infirmier va le 21 novembre prendre un malade dans une salle de scarlatineux ; le 24 il se plaint de céphalalgie, puis rapidement présente tous les symptômes de la scarlatine (2) ; la durée était ici de trois jours. Dans une épidémie observée par Airy (3), la durée de l'incubation ne dépassa pas deux jours dans la majorité des cas. Elle peut être plus courte encore, par exemple dans ce cas de Cameron (4) : une fille de quatre ans, isolée pendant neuf semaines de sa sœur atteinte de scarlatine, est mise en contact et couche avec elle au bout de ce temps ; deux jours après, elle est prise de vomissements, de fièvre et a l'exanthème caractéristique ; on transporte la malade chez une tante dont elle partage le lit ; le lendemain matin, moins de 24 heures après, la tante tombait malade à son tour. Vous avez lu dans les leçons de Trousseau l'histoire de cette jeune Anglaise qui, couchant dans la même chambre que sa sœur atteinte d'un début de scarlatine et n'ayant eu auparavant aucun contact avec elle, fut atteinte, à son tour, 24 heures après.

Mais ce n'est pas la limite extrême, et la durée de l'incubation peut être plus courte encore. Ainsi, dans un cas rapporté par le Dr Mabboux (5), un militaire est admis à l'hôpital à 10 heures du matin ; à 3 heures de l'après-midi on reconnaît qu'il est atteint de scarlatine et on l'isole ; dans la nuit suivante, son voisin éprouve des douleurs de gorge, premier symptôme d'une scarlatine dont l'incubation n'avait duré que 12 ou 15 heures.

Mes observations personnelles confirment les données précédentes : un fait que j'ai observé à Lariboisière en 1879, ceux qui se sont présentés à différentes reprises dans cet hospice tendent tous à établir que la durée d'in-

(1) *Article* Scarlatine. *Dict. encycl. des Sc. méd.*

(1) Alison. — *Gaz. hebd.*, 1882, p. 674.
(2) Marchand (de Berlin). — *Berlin. klin. Woch.*, 1876 p. 406.
(3) Airy. — *Sanitary Record*, Feb. 1880.
(4) Cameron. — *The Lancet*, 23 déc. 1882.
(5) *Gazette hebdomadaire*, 1886, p. 385.

cubation de la scarlatine est au maximum de 5 à 6 jours; mais le contact ayant été, dans ces cas, prolongé pendant plusieurs jours, il est possible que la contagion ne se soit pas effectuée dès le premier moment. Il n'en était pas de même dans un cas assez net que j'ai observé en ville. Un lundi matin, une jeune fille se plaignait d'avoir passé une mauvaise nuit; elle se lève cependant, mais au bout de quelques heures se voit forcée de prendre le lit; appelé à la voir dans l'après-midi, je constate une rougeur très vive de la gorge et un commencement d'éruption scarlatineuse. Les autres enfants sont envoyés le soir même à la campagne et par conséquent n'ont pu être contaminés que dans cette journée du lundi. Le samedi, c'est-à-dire cinq jours après, une des sœurs présentait les symptômes de la scarlatine.

Par contre, j'ai observé de très près un cas dans lequel la durée de l'incubation ne paraît guère avoir dépassé 12 heures. Une fillette de neuf ans est prise une nuit, à 5 heures du matin, de vomissements et de fièvre ; à 7 heures et demie, je constate une rougeur très vive de la gorge ; c'était le début d'une scarlatine qui fut d'ailleurs très bénigne. En recherchant l'origine de cette maladie et après une enquête très précise, je ne pus trouver d'autre cause que la suivante : la veille, cette enfant était allée passer une partie de l'après-midi, de 4 à 6 heures, dans une maison où j'avais observé quelques mois auparavant une scarlatine ; la désinfection avait été faite (depuis six semaines), mais avait probablement été effectuée d'une façon incomplète. Dans ce cas, l'incubation n'aurait été que de 12 heures environ.

Ainsi donc, Messieurs, disons comme conclusion que la durée de l'incubation de la scarlatine est variable : Je ne crois pas qu'elle dépasse jamais 5 ou 6 jours, mais souvent elle est moins longue ; elle peut être de 24 heures ou peut-être plus courte encore. Les cas signalés par Girard (de Marseille), et dans lesquels l'incubation aurait été de 16 ou 17 jours (1), sont tellement différents de tous les autres qu'il n'y a pas lieu, je pense, d'en tenir compte. On peut d'ailleurs les expliquer en disant que le contage est, pendant un certain temps, resté en dépôt sur le sujet avant d'être, si vous permettez cette expression, utilisé par lui.

A quelle période la scarlatine est-elle contagieuse ? Pendant longtemps et jusqu'à ces dernières années, on a admis que c'était seulement à la période de desquamation. En 1865, cependant, M. Girard (de Marseille) avait établi, par deux faits assez démonstratifs, que la scarlatine est transmissible dès la période d'éruption ; les observations signalées plus haut, de Cameron, Trousseau, Mabboux, celles qui me sont personnelles, le prouvent également, et même Randsome (2) a cité quatre cas dans lesquels la contagion a paru se faire de 12 à 20 heures avant l'exanthème. Nous pouvons donc considérer comme démontré que la scarlatine est contagieuse pendant l'éruption, et même dans la période pré-éruptive.

Quant à la question de savoir à quelle époque elle cesse d'être contagieuse, il est difficile de la déterminer avec précision ; car si la contagion a lieu à une période reculée, il est presque impossible d'établir si elle est due à des germes nouvellement élaborés par le malade, ou si elle ne provient pas de contages anciens ayant conservé leur vitalité. Dans un cas de Barthez, un

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1865 p. 159.
(2) *Brit. med. journ.*, 1887, II, 96.

enfant séparé de son frère, et réuni à lui au 45e jour de la maladie, contracta la scarlatine ; dans un autre fait analogue, rapporté par le même observateur, le début remontait à 3 mois. Dans un cas de Sanné, un jeune homme tombe malade à Sedan le 8 janvier et part pour la campagne le 20 février ; puis le 22 mars, c'est-à-dire 73 jours après le début, il vient à Paris et contagionne un enfant; il est d'ailleurs vraisemblable que dans ce cas, qui remonte à 1865, les vêtements du malade n'avaient subi aucune espèce de désinfection.

Spear (1) a vu un convalescent, de retour chez lui, contagionner après trois mois son jeune frère. Cependant les vêtements et le linge avaient été complètement renouvelés, mais en pareil cas je me demande si l'antisepsie de la surface du corps est suffisante, et s'il ne faut pas admettre une persistance de la virulence dans la bouche et le pharynx. C'est de cette façon que Bond (2) explique le fait suivant : un jeune malade avait quitté l'hôpital six semaines après le début d'une scarlatine légère ; rentré chez lui, il fut mis dans le même lit que sa sœur, et celle-ci fut, au bout de 5 jours, prise de scarlatine. Comme le petit malade ne présentait plus de traces de desquamation depuis au moins quinze jours, et comme de plus on avait pris la précaution de le baigner et de désinfecter ses vêtements, il paraît en effet rationnel d'admettre que le contage provenait de la gorge.

La durée de la contagiosité paraît donc aller au delà de celle de la desquamation ; or, la desquamation, à en croire Cameron, est rarement complète (en Angleterre tout au moins) avant la huitième semaine ; elle serait souvent même incomplète à la dixième et douzième, à peine terminée à la treizième (3). Mais ce qu'il serait surtout important de déterminer, c'est le moment où le scarlatineux cesse de produire des éléments contagieux; car vous comprenez bien que la désinfection perd toute efficacité et n'a plus en quelque sorte de raison d'être si une fois qu'elle est opérée la production du contage se continue encore. Pearse (4) ne croit pas à la contagiosité des squames de deuxième et troisième formation.

En somme, bien que le fait ne repose pas sur des observations absolument positives, on peut admettre qu'au bout de 5 ou 6 semaines, et après un nettoyage pratiqué de la façon que je vous indiquerai plus loin, le malade cesse d'être contagieux.

J'arrive à l'étude des modes de transmission. « *Scarlatina oritur*, a dit Borsieri, *a miasmate exteriore quod in aere volitat, aut contagione et contactu suscipitur* ». Il semble permis en effet d'admettre que la transmission peut se faire *directement*, bien que la chose ne soit pas aussi facile à démontrer que pour la diphtérie. Il est probable que les poussières respirées en sont le principal vecteur. Elle se fait souvent *indirectement*, par une tierce personne qui reste indemne. Alison en a publié quelques exemples. Une femme venant d'un village infecté, ayant même des malades dans sa maison, va dans la famille de son fils à 13 kilomètres et contagionne un enfant qui couchait dans la même chambre qu'elle ; il n'y avait pas eu de scarlatine dans le pays depuis 30 ans. Une enfant atteinte de scarlatine recevait journellement la visite de sa grand'-

(1) Spear. — *New-York med.*, déc. 1875.
(2) Bond. — *Brit. med. journ.*, 1887.
(3) Randsome. — *Brit. med. journ.*, 1887, I.
(4) Pearse. — *The duration of infectiousness in eruptive Diseases* (*Brit. med. journ.*, 1886).

mère ; celle-ci avait chez elle les deux frères de la fillette ; 18 jours après, ils étaient atteints à leur tour sans que l'on pût trouver une autre cause pour expliquer la maladie (1).

La transmission indirecte n'est donc pas douteuse, mais, comme le fait remarquer Sanné, pour qu'une personne puisse servir d'agent de transport, il faut qu'elle ait eu un contact intime et prolongé avec le malade ; c'est ainsi qu'il faut expliquer la rareté de la contagion par le médecin. Il existe cependant quelques exemples contraires. Bernouilli cite le cas d'un médecin qui, en quittant un scarlatineux, alla près d'une femme en couches et lui pratiqua la version ; elle fut atteinte quelques jours après de scarlatine. Rezek contagionna une de ses filles après un séjour d'une demi-heure chez trois scarlatineux. De ces faits, quelque rares qu'ils soient, vous conclurez que vous ne devez jamais quitter un scarlatineux sans prendre de minutieuses précautions d'antisepsie.

Au contraire, les faits abondent où le contage a été transporté par un objet ayant servi au malade. La chose est d'ailleurs d'autant plus facile à comprendre que le microbe de la scarlatine, comme celui de la diphtérie, paraît avoir une *vitalité* assez grande. Ainsi deux enfants dont parle Benedict contractèrent la maladie dans une chambre où, deux mois auparavant, était mort un scarlatineux.

Du même ordre est le fait cité par Field (2) : dans l'espace de quatre jours, en dehors de toute épidémie, trois enfants sont atteints de scarlatine ; or, quelques jours avant, on avait, en leur présence, retiré d'une malle des vêtements provenant d'une sœur qui avait été malade un an auparavant dans une autre ville.

Rappelez-vous d'ailleurs, Messieurs, que si la scarlatine peut se transmettre par les vêtements ou par le linge, elle peut se propager aussi par des objets quelconques ayant servi au malade, des jouets, des livres, etc. Une dame, habitant la Bretagne dans une localité indemne de scarlatine, reçoit d'Allemagne une lettre de l'ancienne institutrice de sa fille. Cette personne lui disait qu'elle venait d'avoir la scarlatine et elle ajoutait qu'elle avait eu une desquamation très abondante, à tel point qu'en écrivant sa lettre, elle avait dû à plusieurs reprises secouer son papier pour en chasser les pellicules qui y tombaient à profusion ; quelques jours après, la mère et la fille étaient prises de scarlatine (Sanné).

Le Dr Fox (3), ayant observé trois cas de scarlatine dans une maison, fut amené à suspecter un livre loué dans un cabinet de lecture. Une enquête lui démontra, en effet, que ce livre avait été loué peu de temps auparavant par une famille dans laquelle il y avait eu un cas de scarlatine.

Il obtint alors de l'autorité sanitaire qu'à l'avenir il y aurait lieu de poursuivre les personnes atteintes de maladies transmissibles, qui auraient emprunté des livres aux cabinets de lecture, et disséminé ainsi la maladie. Cette mesure sévère vous paraîtra sans doute justifiée, mais je vous prie de remarquer combien elle s'écarte du laisser-aller qui règne en France en pareille matière.

Vous savez, Messieurs, qu'en Angleterre on admet assez facilement que certaines maladies, et en particulier la scarlatine, peuvent se transmettre par l'intermédiaire du lait. Je ne parle pas seulement ici de ces faits dont je vous ai entretenus dans notre dernière conférence et dans lesquels on avait, par une interprétation fautive, cru à l'origine bovine de la scarlatine, mais je fais plus spécialement allusion aux cas dans lesquels on a pensé que le lait pouvait servir de véhicule à des contages d'origine humaine.

Au mois d'août 1879, dans un village près de Manchester, Airy (1) observait 35 cas de scarlatine (dont 24 avaient débuté le 3 et le 4 août). Toutes les familles atteintes recevaient le lait d'une même ferme, pendant que des voisins, qui s'approvisionnaient ailleurs, restaient indemnes. Or, des trois vachers employés dans cette ferme, l'un habitait avec son fils, qui avait un enfant atteint de scarlatine. Il portait le lait chez un certain nombre des clients de la ferme, mais comme d'autres personnes, servies par les autres vachers, tombèrent aussi malades, il paraît bien probable que cet homme, apportant sur ses mains ou ses vêtements des germes de scarlatine, avait ensemencé le lait.

De même Foulis (2) rapporte une épidémie de 234 cas, en une seule semaine, dans une population alimentée par plusieurs crèmeries recevant le lait d'un même fournisseur, ayant dans sa ferme une femme atteinte de scarlatine. Ces faits et d'autres du même genre permettent de penser que le lait peut servir de véhicule au contage de la scarlatine.

De tout ce qui précède il résulte, Messieurs, que la scarlatine est une maladie transmissible, ayant toujours comme cause première une autre scarlatine ; néanmoins, cette étude étiologique serait incomplète si je ne vous disais pas quelques mots des causes accessoires qui peuvent modifier la réceptivité de l'organisme.

La scarlatine peut affecter tous les *âges*, et en Angleterre surtout frappe souvent les adultes. Elle est pourtant, particulièrement en France, beaucoup plus fréquente dans l'enfance. Elle est rare dans la première année, et il est commun de voir un nourrisson indemne quand sa nourrice est malade. Cependant Bernouilli (de Bâle) l'a observée chez un enfant de 3 semaines et chez un autre de 2 mois. Baillou a même vu un cas de scarlatine congénitale. Potier en a publié aussi un cas chez un nouveau-né dont la mère avait été atteinte le lendemain de l'accouchement.

L'enfant qui avait été séparé tomba malade au bout de quelques jours et guérit, tandis que la mère succomba. J'ai remarqué en effet que, chez les tout jeunes enfants, la scarlatine (que j'ai observée plusieurs fois dans ces conditions) est en général moins grave, et se caractérise en particulier par ce fait que la gorge est très peu prise et que la langue subit à peine une légère desquamation.

L'influence des *Saisons* a été diversement résolue par les auteurs ; cependant on s'accorde à dire que si la scarlatine peut être observée en hiver, et même par des froids de 25° à 30° (J. Franck à Wilna), c'est au printemps et en été qu'elle est le plus fréquente. Les statistiques de M. Bertillon (3) permettent de conclure dans le même sens. D'après lui, la fréquence minima de la scarlatine est en novembre, et c'est en mai, juin, surtout juillet et en août, que se trouvent les chiffres les plus élevés.

(1) Alison. — *Gaz. hebd.*, 1882.
(2) *Boston med. and surg. Journ.*, 1887.
(3) *Semaine médicale*, 1889, p. 94.

(1) *Sanitary Record*, 1880.
(2) *Brit. med. Journ.* 1887, II, 241.
(3) *Ann. stat. de la ville de Paris*, 1883, p. 172.

On l'observe dans tous les climats, mais c'est en Angleterre qu'elle présente son maximum de fréquence et de gravité. La France est, au contraire, plus favorisée sous ce double rapport.

Pour cette maladie comme pour beaucoup d'autres, en dehors de l'influence que peuvent exercer l'âge ou une première atteinte, nous ignorons les causes de *l'immunité*. Je serais très embarrassé, par exemple, pour vous expliquer le fait suivant qui est assez caractéristique, mais qui assurément est loin d'être unique : de trois sœurs vivant constamment ensemble et couchant dans la même chambre, l'une a la scarlatine; les deux autres, qui, pour des raisons spéciales, ne peuvent être isolées, échappent cependant à la contagion. Deux ans plus tard, la plus jeune contracte à son tour la scarlatine ; l'aînée reste encore cette fois indemne, mais est elle-même atteinte à son tour onze ans après.

La récidive de la scarlatine est rare, et généralement une première atteinte suffit à en préserver pour l'avenir. Il en existe cependant un certain nombre d'observations que l'on peut, à l'exemple de Kœrner (1), diviser en trois groupes : A. — Les *pseudo-récidives*, constituées par l'apparition d'un nouvel exanthème vers la 2e ou la 3e semaine, alors que la fièvre dure encore. B.— Les *récidives vraies*, caractérisées par une seconde attaque de scarlatine franche avec tous les symptômes caractéristiques, survenant pendant la desquamation ou la convalescence. C. — Enfin le troisième groupe comprend les récidives qui surviennent plusieurs mois ou plusieurs années après, et dont Kœrner a pu réunir 79 observations empruntées à différents auteurs.

Quant aux cas signalés par Stœbel et Jahn et dans lesquels il y aurait 4 ou même 7 récidives, il paraît bien difficile de les accepter. En tous cas, pour que l'on soit autorisé à admettre qu'il y a eu récidive, il faut être absolument sûr de la réalité de la première atteinte, et il faut de plus exiger pour la seconde la netteté parfaite des symptômes.

J'arrive maintenant, Messieurs, à l'examen des mesures prophylactiques que vous devrez opposer à la scarlatine.

On a proposé dans ce but *l'inoculation*, et certains médecins ont pu penser qu'ils avaient, par cette pratique, déterminé une véritable vaccination, parce que la scarlatine aurait épargné des sujets antérieurement inoculés. Cette raison n'est cependant pas suffisamment démonstrative, car vous savez que, même en temps d'épidémie, la contagion n'est pas forcée, et si vous vous rappelez ce que je vous ai dit au début de cette conférence, vous en viendrez à cette conclusion qu'il n'y a nullement à compter sur l'efficacité de l'inoculation.

On a cru pouvoir arriver à un résultat plus positif par l'emploi de certaines substances données d'une façon préventive aux personnes qui vivent près d'un malade et qui se trouvent, par suite, plus exposées à la contagion.

On a recommandé, dans ce but, le soufre doré d'antimoine, le sulfate de quinine, les mercuriaux, etc., plus près de nous, le sulfophénate de soude (Brakenridge), mais c'est surtout aux préparations de belladone qu'on a eu recours. Vous savez que la belladone, à une certaine dose, produit une rougeur plus ou moins marquée de la gorge et une éruption cutanée dont les caractères se rapprochent singulièrement de ceux de l'exanthème scarlatineux. Partant de là et d'après l'axiome *similia similibus*, Hahnemann avait prescrit la belladone comme préservatif de la scarlatine. Il a eu de nombreux imitateurs, et maintenant encore, bien que l'efficacité de ce moyen leur paraisse très contestable, beaucoup de médecins ne croient pas pouvoir se dispenser d'y recourir et cèdent aux instances des familles. D'après quelques observateurs, les résultats seraient merveilleux.

C'est ainsi que Hufeland n'aurait vu que 3 cas de scarlatine sur 525 personnes soumises à la belladone. Les faits relatés par Stievenart (de Valenciennes), lors de l'épidémie de 1843, seraient encore plus caractéristiques. Dans une localité de 800 à 900 habitants, il y avait eu 96 cas de scarlatine avec 30 décès. Stievenart songea alors à employer la belladone et la fit prendre à 250 personnes ; il n'y eut pas un seul cas de contagion. Au contraire, sur 50 qui refusèrent d'y recourir, il y eut 14 cas de scarlatine et 4 décès.

Par contre, West cite une épidémie observée par Balfour, et dans laquelle il y eut 2 cas de scarlatine sur 75 enfants qui prenaient de la belladone, et 2 cas également sur 76 enfants qui ne prenaient rien du tout. M. Barthez et bien d'autres ont vu des exemples semblables.

J'ai eu personnellement l'occasion d'observer un fait qui me paraît plaider fortement contre l'action prophylactique de la belladone. Je voyais en ville une petite fille atteinte de coqueluche et à laquelle je donnais depuis plusieurs semaines de l'atropine à forte dose; une de ses sœurs ayant été prise de scarlatine, elle fut à son tour atteinte au bout de quelques jours de la même maladie, bien qu'elle fut, je le répète, depuis longtemps sous l'influence de l'atropine.

Je ne puis donc vous engager à fonder de grandes espérances sur l'emploi de la belladone, et je crois que vous ferez mieux de laisser ce moyen de côté; mais si les familles vous le réclament avec insistance, vous pourrez leur accorder cette satisfaction, à condition d'employer de petites doses. En Allemagne on donne (suivant l'âge) de cinq à vingt gouttes de la solution suivante :

Extrait de belladone. . .	0,10 centigrammes.
Eau	60 grammes.
Alcool	10 »

Blache conseillait la préparation suivante :

R. Extrait de belladone fraîchement préparé. .	0,10 centig.
Eau de cannelle.	30 gr.

Donner matin et soir deux gouttes de cette solution aux enfants âgés de 1 à 2 ans ; pour les enfants plus âgés, augmenter d'une goutte par année, sans dépasser la dose maxima de douze gouttes par jour.

Je vous engage cependant, lorsque vous croirez devoir prescrire la belladone, à ne pas même atteindre ces doses. Vous aurez soin, d'ailleurs, d'instituer en même temps les pratiques de la prophylaxie véritable, à laquelle j'ai hâte d'arriver.

La prophylaxie sérieuse, réellement efficace, de la scarlatine, est basée sur les principes que je vous ai indiqués dans une précédente conférence, et combine les procédés de l'isolement et de l'antisepsie.

L'*isolement* du malade et des personnes qui sont destinées à le soigner devra être aussi complet que possible ; à l'hôpital, les malades seront placés dans un pavillon spécial, ce qui est à la fois suffisant et nécessaire. Je me suis suffisamment appesanti sur ce sujet,

(1) Kœrner. — Ueber Scarlachrecidive. *Jahrb. für Kinderheilkunde*, 1876.

lorsque j'ai étudié la prophylaxie des maladies contagieuses en général ; je vous ai, à ce moment aussi, indiqué les précautions à prendre. Je n'y reviens pas.

L'isolement doit être pratiqué dès le début, c'est-à-dire dès que la maladie est reconnue ou même soupçonnée ; car vous vous rappelez que la scarlatine est contagieuse même à la première période. Il doit être continué pendant toute la durée de la maladie ou, d'une façon plus précise, jusqu'après la guérison complète ; aussi vous ne pourrez d'avance en fixer les limites ; elles varieront, en effet, assez notablement, suivant que la desquamation sera plus ou moins abondante, plus ou moins précoce, plus ou moins prolongée.

On dit, en général, que la période d'isolement doit être de six semaines ; cela est vrai en général. Mais j'ai pu, dans quelques cas, réduire à un mois la durée de cette période, et peut-être, dans d'autres circonstances, devrait-elle être étendue au delà de deux mois. En tout cas, vous ne devrez rendre le malade à la libre pratique qu'après lui avoir fait subir une désinfection sérieuse.

L'*antisepsie* présente une importance capitale et vous devrez en poursuivre dans tous ses détails, et avec une minutie scrupuleuse, la réalisation la plus complète. Les personnes qui soignent le malade ou qui même se bornent à l'approcher pendant un temps relativement court, devront s'astreindre à porter un vêtement spécial ou tout au moins une blouse qu'elles enlèveront en quittant la chambre ; elles devront, à ce moment en particulier, et même à différentes reprises, pendant le séjour près du malade, pratiquer le lavage des mains et même du visage avec des solutions antiseptiques.

Quant à l'antisepsie du malade, elle doit être faite avec la préoccupation de détruire tous les germes ; les linges ne doivent quitter la chambre que pour passer à l'étuve ou pour être soumis à l'ébullition ; les matières fécales et les urines doivent aussi être désinfectées ; mais, en somme, c'est surtout la peau et la gorge que vous devrez surveiller à ce point de vue. Pour la bouche et le pharynx, vous ferez faire fréquemment des lotions ou des badigeonnages avec les solutions antiseptiques ; c'est un moyen de détruire les germes qui pourraient, sans cette précaution, être expulsés et devenir une source de contagion ; c'est en même temps une pratique très utile au malade lui-même, et qui, comme je vous l'ai dit, diminue singulièrement la fréquence et la gravité des infections secondaires.

Sur le tégument externe, vous ferez faire des onctions avec une pommade antiseptique ; vous pouvez, de la sorte, faciliter la desquamation, tout en empêchant la diffusion des squames. Certains auteurs ont paru craindre que ces onctions n'eussent pour résultat d'altérer les fonctions de la peau ; au contraire, Jamieson (1), qui les emploie dès les premiers jours de la maladie, ne leur reconnaît que des avantages ; il est certain en effet que ces onctions, en dehors même de l'action antiseptique qu'elles exercent, peuvent jouer un rôle de protection contre les refroidissements. Vous pourrez employer dans ce but de l'huile phéniquée, comme on le fait en Angleterre, ou plutôt de la vaseline boriquée.

Ces onctions seront particulièrement employées dans les jours qui précèdent le moment où le malade sera rendu à la vie commune ; à cette époque aussi vous ferez prendre des bains antiseptiques, soit avec le sublimé si la chose est possible, soit au moins avec le savon noir ; si vous ne pouvez recourir aux bains de sublimé, vous avez une ressource, consistant à faire sur tout le corps des lotions avec une éponge imbibée de solution de sublimé au millième ou d'une solution de savon noir. Ces lotions sont particulièrement importantes pour le cuir chevelu, dont l'antisepsie est trop souvent négligée.

(1) *Brit. med. Journ.*, 1887, I, 1262.

Vous aurez soin, du reste, de faire alterner ainsi, pendant la dernière semaine d'isolement, les bains, les lotions et les onctions antiseptiques. Le malade devra prendre au moins deux bains, séparés par quelques jours d'intervalle ; après le dernier bain, qui sera, autant que possible, donné en dehors de la chambre infectée, le malade revêtira des vêtements propres, et à partir de ce moment il ne devra, sous aucun prétexte, pénétrer de nouveau dans cette chambre.

Une fois le malade parti, les pièces dans lesquelles il a séjourné pendant sa scarlatine doivent, avec tout ce qui s'y trouvait, subir une désinfection complète, par l'un des moyens que je vous ai indiqués.

Il va sans dire, Messieurs, que l'*isolement des suspects* s'impose pour la scarlatine comme pour les autres maladies contagieuses ; et comme la durée de l'incubation ne paraît pas dépasser 5 à 6 jours, ainsi que je vous l'ai montré plus haut, une quarantaine de sept jours est parfaitement suffisante ; j'ajoute que cette quarantaine doit être précédée d'une désinfection des individus suspects et de leurs vêtements ; cette précaution est suffisamment justifiée par le fait de la vitalité prolongée du contage de la scarlatine.

Il serait nécessaire aussi d'étendre ces mesures de prophylaxie au régime des écoles et des collèges, c'est-à-dire que l'on devrait exclure de ces réunions d'enfants les douteux et les suspects, tant qu'ils ne pourraient pas justifier d'une quarantaine de sept jours et d'une désinfection convenablement faite. Parmi les suspects, je range les frères et sœurs des enfants atteints de scarlatine. Malheureusement rien de tout cela n'est fait en général, au moins à Paris. A l'étranger, et particulièrement en Allemagne, il n'en est pas de même, et dans notre pays certaines villes de provinces ont adopté la même pratique. Espérons qu'elle finira par être appliquée partout ! (*A suivre*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — *Prix de l'année* 1892. La société met au concours les questions suivantes : *Prix Dubreuilh* (400 fr.). Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches. — *Prix Faure* (300 fr.). Des moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid. — Adresser les mémoires à M. le Dr Sous, secrétaire général, avant le 29 février 1892, et dans les formes académiques.

STATION ZOOLOGIQUE DE CETTE. — M. Armand Sabatier, dit la *Revue scientifique*, vient de faire à Cette une conférence et une campagne en faveur de la station zoologique qu'il veut fonder dans cette ville, comme annexe de sa chaire de Montpellier. Il a su intéresser ses auditeurs, et les souscriptions commencent à venir. Il serait très regrettable — et pour les villes de Montpellier et de Cette, ce serait simplement honteux — que le distingué zoologiste de Montpellier ne parvint point à ses fins. Cette est une localité *unique*, au point de vue de la variété des ressources : elle a l'eau douce, les eaux saumâtres des étangs, le port, la haute mer et les marais salants. A côté de Cette, les stations de Marseille, Banyuls, etc., pâliront bien vite, et Cette demeurera la grande station française sur les côtes méditerranéennes.

CONGRÈS DES CHIRURGIENS ALLEMANDS. — Le 20e Congrès de la Société allemande de chirurgie aura lieu à Berlin, du 1er au 4 avril. Exposition de préparations, instruments, etc., à la clinique chirurgicale (Ziegelstrasse, no 5). A la première séance, M. V. Bergmann fera une communication sur la découverte de Koch. Il y aura une discussion sur la chloroformisation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris.

Ceux qui fréquentaient, il y a 30 ans, la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, éprouvaient souvent une déception assez pénible, s'ils avaient une recherche assez sérieuse à faire. Dès que vous demandiez un ouvrage un peu rare, pas tout à fait classique, le garçon vous adressait au bibliothécaire de service ; le bibliothécaire de service feuilletait un gros catalogue in-folio, et vous répondait souvent : « Parfaitement, Monsieur ; nous avons l'ouvrage. — Alors je puis le consulter ? — Pour cela, c'est une autre affaire. » On ne pouvait pas consulter le soir les livres placés dans une espèce de *sanctum sanctorum*, qu'on appelait l'arrière-cabinet ; on ne pouvait consulter en aucun temps les volumes exilés dans des dépôts désignés par des lettres alphabétiques ; il y en avait 25.000 peut-être. Nous avons applaudi de tout cœur à la disparition de cet état de choses archaïque, et qui semblait créé tout exprès pour paralyser la bonne volonté et l'initiative des travailleurs.

En 1878, les dépôts ont été réunis, rendus accessibles ; l'arrière-cabinet a été abattu et remplacé par une construction monumentale à colonnes ioniques et à larges baies. On nous disait : « C'est la façade de la future bibliothèque ; à la place d'un misérable cabinet, vous aurez un palais ; désormais, les travailleurs n'auront plus à se plaindre ; ils seront convenablement installés et on leur fournira toutes les facilités qu'ils peuvent désirer. » — Si vous voulez savoir comment ces promesses ont été tenues, vous n'avez qu'à aller le soir à la Bibliothèque, demander un ouvrage un peu rare, ancien ou moderne, le garçon vous adressera au bibliothécaire de service, le bibliothécaire fouillera consciencieusement dans de petites boîtes vertes qui renferment, paraît-il, le catalogue ; il vous répondra : « Parfaitement, Monsieur ; nous avons l'ouvrage. — Alors je puis le consulter ? — Pas ce soir, il est au dépôt, et on n'y peut aller avec de la lumière. » La réponse faite en 1891 diffère peu, comme on le voit, de celles qui étaient faites en 1860. On se demande alors pourquoi on a démoli l'arrière-cabinet, pourquoi on a soudé tant de pierres, pourquoi on a montré au public ébahi un bel édifice néo-grec, dont on lui indiquait discrètement la destination ; c'était peut-être pour la décoration du boulevard Saint-Germain, mais à coup sûr personne n'oserait affirmer aujourd'hui qu'on ait songé en quoi que ce soit à l'amélioration d'un des services les plus importants de la Faculté de médecine de Paris.

La salle est celle que connaissaient déjà les étudiants d'il y a 40 ans ; elle est même un peu moins bonne qu'elle ne l'était. A cette époque elle paraissait vaste, propre ; elle était bien chauffée, bien éclairée ; des livres étaient enfermés dans des armoires grillagées dont les garçons avaient la clef. Aujourd'hui on a soustrait presque le quart de la salle au public ; les carreaux sont brouillés ; le chauffage, passablement primitif, est assuré par un gros poêle en fonte, dont les tuyaux passent obliquement entre les becs de gaz et aboutissent à l'espèce de dôme vitré que l'on voit au milieu ; il n'y a plus de grillages, plus d'armoires ; les livres sont à portée de la main du premier malfaiteur venu, Quand, vers 4 heures du soir, on pénètre dans cette espèce de *refugium* d'un autre âge, on est pris à la gorge par des émanations singulières ; les lecteurs sont entassés devant des dos d'âne, trop étroits ; impossible de prendre des notes ; on se demande même comment des gens peuvent être assez courageux pour rester 2 heures dans un pareil milieu. Les garçons vont, viennent, pénètrent entre les tables, comme ils peuvent, en sortent comme ils peuvent. Cette installation est navrante.

Et la salle aux larges baies et aux colonnes ioniques, elle est même jusqu'à un certain point accessible au public qui peut en admirer à son aise la majestueuse vacuité. La première fois qu'on a pu la voir de l'intérieur, tout le monde a éprouvé une amère déception. A tort ou à raison, on conçoit une bibliothèque moderne comme une construction dont les dimensions sont assez bien appropriées au nombre de lecteurs qu'elle doit recevoir, disposée de manière que l'éclairage soit parfait, que le service et la surveillance soient faciles, isolée de manière qu'aucun danger extérieur ne la menace, de manière que les travailleurs ne soient pas troublés par les bruits de la rue, de manière qu'elle puisse être convenablement chauffée pendant les longs mois de l'hiver. La nouvelle salle de la bibliothèque de la Faculté de Paris est un rectangle de 95 mètres de long sur 12 de large ; elle est éclairée d'un seul côté par des fenêtres placées à cinq mètres environ au-dessus de la tête des lecteurs ; elle occupe le premier étage d'une construction dans le rez-de-chaussée de laquelle se trouveront, dit-on, des bureaux et des laboratoires de chimie. Cette salle a 10 mètres de haut ; le chauffage se fera dans les mêmes conditions qu'à l'Ecole pratique et ces conditions sont, comme on le sait, excellentes.... pour les marchands de charbon. On y verra, grâce au gaz ou à l'électricité, à partir de 3 heures de l'après-midi, au mois d'octobre ! La surveillance pourra être assurée par des garçons placés au port d'arme de dix en dix mètres au bout des tables, ce qui diminuera dans des proportions tout à fait sérieuses les frais de personnel.

Comme on le voit, tout a été merveilleusement compris : c'est à tel point que les réflexions que nous faisons ont été faites immédiatement par tous ceux qui ont pénétré dans ce local. Il faudra pourtant s'en servir, car nous ne supposons pas que l'intention fort louable de décorer une grande voie de communication implique la nécessité de laisser pour l'éternité inutiles les 1,100 mètres carrés de surface qu'on trouve derrière le rideau de pierres de la façade.

Le service de la Bibliothèque est un service de première importance. Il passe, dit-on, plus de 200,000 lecteurs par an dans la pièce sordide où il est aujourd'hui installé. Les étudiants viennent y travailler l'après-midi, le soir, aussitôt que les portes sont ouvertes ; les praticiens, les maîtres viennent y faire des recherches. Aucune bibliothèque n'est peut-être aussi riche en ouvrages de médecine anciens et modernes que celle-là. Depuis le commencement du siècle, on réclame des améliorations ; il y a 14 ans, ces réclamations ont été

entendues et l'on a paru se mettre à l'œvre sérieusement, et pourtant on n'a rien fait. En 14 ans on n'a pas trouvé le moyen de bâtir un local qui puisse abriter 120,000 volumes et 200 lecteurs. Cete situation anormale, s'il en fut, est profondément humiliante pour notre pays.

A qui en remonte la responsabilité? Nous ne voulons même pas le chercher. Nous n'accusons personne, mais nous signalons le fait et nous ne pouvons faire autrement que de le déplorer. Des renseignements que nous tenons de bonne source nous permettent de croire qu'il y a lutte d'administrations, conflit d'attributions.

C'est ce qui arrive trop souvent quand il s'agit de travaux faits en commun par la Ville et par l'État. A l'origine, le même architecte, architecte de l'État, était chargé des deux tâches. Voyant que pendant 12 ans on n'avait réussi qu'à bâtir un mauvais local, qu'aucune promesse n'était faite relativement à la date où les services pourraient être installés, qu'aucun plan d'aménagement n'avait été officiellement proposé, l'État nomme un collaborateur au premier architecte; celui-ci se mit à l'œuvre, présenta un projet, demanda un an tout au plus pour le mettre à exécution. à condition qu'on lui donnerait des crédits suffisants; il s'efforça même de tirer le meilleur parti possible d'un local mal compris, s'il en fut. Tout semblait sur le point d'aboutir, mais on avait compté sans la Ville qui participe aux dépenses pour la moitié; il fallait, pour commencer les travaux, son autorisation; une Commission d'architectes intervint, étudia sommairement, très sommairement, la question; conclut, paraît-il, au refus de l'autorisation demandée; et, étendant légèrement le cadre de ses attributions, déclara que les plans d'aménagement du premier architecte étaient irréprochables, que le projet formait un bloc irréductible, dont on ne pouvait retrancher un atome, sans qu'il tombât spontanément en poussière. Cette Commission était logique: à un local défectueux, il faut un mauvais aménagement; le corollaire découle tout naturellement de la proposition principale. Ces déductions, dit-on, ne sont pas goûtées par tout le monde; mais malgré tout on ne fait rien. Treize ans se sont passés dans l'attente; un an s'est passé en conflits; combien faudra-t-il attendre encore? En attendant, les contribuables paient, et les étudiants laborieux subissent les inconvénients d'une situation des plus regrettables. Nous espérons que M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique, voudra se rendre compte par lui-même de l'état des choses et qu'il mettra toute son activité et toute son énergie à réparer les fautes grossières qui ont été commises et à hâter l'installation définitive de la nouvelle Bibliothèque de la Faculté de médecine (1).

(1) Nos lecteurs savent combien de fois nous avons parlé de la Bibliothèque de la Faculté et réclamé des améliorations dans son fonctionnement. Nous avons été assez heureux d'en voir réaliser quelques-unes (voir *Progrès médical*, 1882, 1884, p. 883; t. VII, p. 118, 119, 151, 223; t. VIII, p. 247, etc.) En ce qui concerne la nouvelle Bibliothèque, on pourra consulter notre discours à la Chambre des Députés le 13 juin 1889 (voir *Progrès médical*, 29 juin 1889, p. 480.) (B.).

SOCIÉTÉ POUR LA PROPAGATION DE LA CRÉMATION. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu le samedi 7 mars, à 8 heures 1/2, à l'hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, n° 28. L'entrée est libre.

Un procédé nouveau de Thoracoplastie.

M. Quénu a présenté, mardi dernier, à l'*Académie de médecine*, un malade, atteint d'une vieille pleurésie et de fistule pleurale, qu'il a guéri par un nouveau procédé de *Thoracoplastie*.

Il s'agit là d'une opération nouvelle, qui nous a paru parfaitement rationnelle, plus admissible même que celle qu'on a utilisée jusqu'ici dans le traitement des pleurésies purulentes anciennes ouvertes spontanément, des fistules pleurales consécutives à l'empyème; et cette opération nous semble appelée à un réel avenir.

M. Quénu, songeant qu'en somme tout le traitement de ces vieux abcès pleuraux ne peut consister que dans le *curettage* et le nettoyage de leur cavité, avec *acollement parfait de leurs parois*, se demanda si l'on ne pourrait pas mobiliser la partie de la paroi thoracique correspondant à l'abcès, sans pratiquer ces grands délabrements costaux qui sont la caractéristique de la véritable opération d'Estlander. Il est aujourd'hui parvenu à tourner la difficulté.

Et pour mobiliser la paroi du thorax dans une grande étendue, sans enlever toutes les côtes qui lui servent de soutien, sans modifier d'une façon aussi radicale que dans l'Estlander la constitution de cette paroi par l'ablation de sa carcasse osseuse, M. Quénu a eu recours à l'artifice suivant: Il a isolé la portion du treillage costal qu'il était nécessaire de déplacer, de refouler en dedans, vers la partie profonde de l'abcès pleural, en le séparant du gril thoracique par deux larges ostéotomies verticales, portant sur les extrémités des côtes moyennes.

De cette façon, le volet de paroi mobilisée, ayant la forme d'un trapèze à base inférieure, peut être reportée en dedans et joue sur deux charnières verticales, constituées par les parties molles sous-cutanées et la peau. Suivant une heureuse comparaison, on avait un pont de pierre solide, immobile — on peut bien comparer de l'os à du calcaire ou de la meulière de Brie! — jeté sur une trouée pleurale, creusée dans le tissu pulmonaire: le problème consistait à le transformer en pont suspendu, dont le tablier mobile put être amené au contact même de la dépression à combler.

Estlander aurait eu une idée analogue, au début de ses recherches sur le traitement des abcès pleuraux; mais il ne l'a jamais mise à exécution. Il n'a jamais cliniquement, sur le malade, substitué aux vastes résections costales auxquelles il a attaché son nom, cette mobilisation, si simple et si facile à exécuter, d'une partie de la paroi thoracique. M. Quénu a eu le mérite de la tenter pour la première fois et le bonheur de guérir en quelques semaines son opéré, infirme depuis des années. Il est vrai que pour curer la cavité de la poche purulente, la cautériser au chlorure de zinc, avant de refouler la portion de paroi rendue mobile, il a dû réséquer une côte dans une assez grande étendue, au voisinage immédiat de la fistule. Mais, certes, cette ablation n'est pas à comparer à la quantité de tissu osseux qu'il aurait fallu enlever, si l'on avait fait l'Estlander.

M. Quénu nous faisait en outre remarquer ces jours-

ci que ce procédé permettrait de traiter les vieux abcès pleuraux situés très en arrière, tout près des gouttières vertébrales, forme sur laquelle on a insisté récemment et pour laquelle l'Estlander ne paraît pas *a priori* facile à employer. Il suffirait de placer au bon endroit, tout près des parties latérales de la colonne vertébrale, l'ostéotomie verticale postérieure.

En réalité, les deux brèches longitudinales que l'on crée en avant et en arrière, pour pouvoir refouler la partie de paroi comprise entre elles, ne sont pas de simples ostéotomies linéaires. Si l'on procédait ainsi, le jeu du gril osseux, rendu mobile, ne serait pas suffisant ; il ne s'enfoncerait pas assez et ne pourrait pas venir au contact de la paroi profonde de l'abcès. En pratique, ces brèches sont constituées par de petites résections costales ayant 1 centimètre 1/2 à 2 centim. de long. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que ce nouveau procédé de thoracoplastie à volet peut être sur le champ transformé en Estlander classique. On trouvera plus loin le résumé de la très intéressante observation de M. Quénu. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 février 1891. — Présidence de M. Ch. Richet.

M. Déjerine. — On sait que l'*aphasie motrice* a été l'objet dans ces dernières années d'une série de travaux tendant à la dissocier et à y reconnaître différents groupes. Il en est surtout trois variétés distinctes. La première est caractérisée par la destruction du centre moteur du langage. Elle est très connue en clinique, comme l'on sait. Dans la seconde, le malade a perdu la parole spontanée, mais il peut répéter des phrases et chanter. La troisième forme, l'aphasie motrice sous-corticale de Lichteim, est caractérisée par la destruction des fibres qui vont de l'écorce aux noyaux bulbaires. Ici le malade ne peut s'exprimer, mais il a conservé les images motrices des mots ; et il fera par exemple autant de fois un geste donné que le mot qu'il veut et ne peut prononcer contient de syllabes. M. Déjerine a autopsié deux malades atteints de cette variété d'aphasie. La corticalité de l'hémisphère gauche était intacte et ne contenait pas de corps granuleux. La partie sous-jacente à la circonvolution de Broca était intacte jusqu'à sa base. Au-dessous se trouvait un foyer de ramollissement peu volumineux, coupant les fibres qui émanent de la circonvolution de Broca. Ces deux autopsies montrent l'existence et l'individualité de l'aphasie motrice sous-corticale.

M. Laborde. — La fonction de la troisième circonvolution frontale est certainement la plus fermement établie dans l'étude des localisations cérébrales. Mais indépendamment des preuves anatomo-pathologiques, que l'on peut appeler des preuves négatives, il en existe d'autres purement physiologiques, ce sont celles qui sont fournies par l'étude des cerveaux d'hommes célèbres que l'on a pu connaître et suivre. La comparaison du cerveau de Gambetta, par exemple, avec celui d'hommes très intelligents, mais moins orateurs, est de nature à entraîner la conviction sur ce sujet.

MM. Langlois et Launay présentent un *pèse-lait spécial* indiquant les corrections de température.

M. Chauveau dépose une note de MM. Hugonnencq et Roux sur l'*action de certaines matières colorantes* dérivées de la houille sur les microbes. Le bleu de méthylène et la safranine seuls s'opposent au développement des micro-organismes pathogènes. A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Ollivier rectifie, d'après de nouveaux renseignements, sa communication de la dernière séance sur la *transmissibilité de la tuberculose par le lait de vache.* La jeune fille contaminée avait en effet quitté la pension avant l'achat de la vache tuberculeuse ; de plus, le lait de cette vache servait à l'alimentation du personnel et non des élèves, et aucun des employés n'a été malade ; enfin la proportion des cas de tuberculose n'aurait pas été sensiblement plus élevée que dans les autres pensions. M. Ollivier n'en retient pas moins ce fait, que l'on peut mettre à la rigueur sur le compte d'une coïncidence, que le nombre de cas de tuberculose a été plus grand dans une pension ayant reçu pendant assez longtemps du lait de vache tuberculeuse.

M. Brouardel reprend la question de la *vaccination obligatoire*, et passe en revue les moyens proposés par M. Le Fort pour remplacer la vaccination *obligatoire* qu'il repousse : la désinfection, l'isolement et la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, aidés d'une puissante propagande en faveur de la vaccination et de la revaccination. L'isolement et la désinfection peuvent suffire pour des maladies qui se propagent par l'eau, comme la fièvre tyhoïde et le choléra, mais absolument insuffisants pour des affections transmissibles par l'air, à moins d'étendre à toute une maison les mesures de précaution, ce qui est peu pratique. Ces mesures sont insuffisantes dans les villes comme Le Havre, Bruxelles, Sheffield, où elles sont plus ou moins complètement appliquées. L'isolement et la désinfection sont le complément de la vaccination et de la revaccination obligatoires. En ce qui concerne l'organisation du service de la vaccine, il faut reconnaître que certains départements, comme ceux de la Bretagne, sont très récalcitrants malgré les efforts de tous les gens éclairés du pays. En outre le budget de la vaccine n'est en France que de 350.000 fr. Il faudrait 500.000 fr., pour avoir une organisation convenable, et pour cela une loi est nécessaire. Quant au grand argument de M. Le Fort, la violation de la liberté individuelle, M. Le Fort lui-même ne la respecte guère en demandant la séquestration obligatoire des varioleux. Mais, de même qu'il en est qui ne croient pas à l'efficacité de la vaccine, il en est d'autres qui ne croient pas à la contagion de la variole. De quel droit les séquestrera-t-on ? Devant l'intérêt général les préjugés individuels doivent s'incliner. En respectant celui contre la vaccine, nous perdons chaque année plus de 10,000 varioleux.

M. Le Fort désire qu'on demande au Parlement une loi qui accorde les ressources nécessaires à l'extension du service de la vaccine sans rendre la vaccination obligatoire. Il maintient que la vaccination ne met pas à l'abri des épidémies.

M. Quénu communique un *nouveau procédé de thoracoplastie.* — Il s'agit d'un malade atteint d'une pleurésie ancienne avec fistule pleurale. L'opération consiste à mobiliser un plastron thoracique en réséquant un petit fragment osseux aux deux extrémités de chaque côté. Une incision verticale de 15 centimètres est faite en arrière de la ligne axillaire postérieure. On sectionne transversalement le grand dentelé. Les côtes sont réséquées avec le costotome de Farabeuf sur une étendue de deux centimètres. La résection a porté sur les 4e, 5e, 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes. Une seconde incision verticale antérieure est menée derrière le mamelon. Six côtes sont réséquées dans l'étendue de 1 1/2 à 2 centimètres. Le plastron est alors mobilisable par pression. Enfin on réunit par une incision la fistule pleurale à l'incision antérieure ; la côte sous-jacente est réséquée complètement et la plèvre incisée. La cavité pleurale est curetée, puis touchée au chlorure de zinc. Les trois incisions sont suturées, la postérieure et l'horizontale avec drains. Pansement sec iodoformé. Quarante jours après tout était complètement cicatrisé

M. Picot (de Bordeaux) lit un travail sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire et de la pleurésie d'origine tuberculeuse par les injections hypodermiques de gaïacol iodoformé.* — Le liquide employé est une solution de gaïacol et d'iodoforme dans l'huile d'olive parfaitement stérilisée et la vaseline. Chaque centimètre cube contient 1 centigramme d'iodoforme et 4 centigrammes de gaïacol. L'injection hypodermique se fait de préférence dans les fosses sus-épineuses. Les injections ne déterminent aucune réaction locale, sauf quelquefois un léger engourdissement. Elles sont donc inoffensives localement. Le médicament injecté est bien absorbé, car on retrouve dans les urines la présence de l'iodoforme. L'élimination se fait rapidement et se produit au bout du 3e jour après l'injection. Dans les poumons de malades décédés on a pu constater aussi la présence du médicament. L'injection ne provoque pas de réaction générale. Chez les malades qui ont de la fièvre on voit souvent apparaître une sueur profuse pendant une à deux heures. Elle ne provoque pas de troubles digestifs, ni urinaires. Chez trois phtisiques décédés qui avaient reçu des injections on a constaté qu'il n'y avait aucune poussée de granulations récentes, et qu'il n'y avait aucune poussée congestive autour des anciennes lésions. L'innocuité des injections est donc absolue. Quant aux résultats thérapeutiques, 25 malades ont été traités jusqu'ici. Chez les trois qui ont succombé on constata une sorte de desséchement des cavernes, et chez un d'eux des ulcérations intestinales paraissaient en voie de cicatrisation manifeste. Chez les 22 autres, tuberculeux confirmés, une amélioration notable s'est manifestée : cessation de la toux, dépression plus ou moins complète de l'expectoration, chute de la fièvre, augmentation de poids, retour de l'appétit. Les bacilles ont diminué dans les crachats et les signes physiques se sont modifiés. Jamais l'auteur n'a encore obtenu de tels résultats à la clinique de la Faculté depuis 13 ans. Dans la pleurésie les résultats sont aussi encourageants. Sur 8 malades trois sont sortis guéris, et cinq encore en traitement sont très améliorés. Ces injections sont très utiles dans la pleurésie, surtout tuberculeuse, et amènent la guérison dans un temps relativement court et sans qu'il soit besoin de révulsion ni de ponction.

M. Ledouble (de Tours) lit un travail sur *le muscle épitrochléo-olécrânien et sa signification au point de vue de l'anthropologie zoologique.*

Elections *de deux correspondants nationaux :*

1re *Election.* Sur 60 votants, obtiennent: MM. Haller (de Nancy), 49 voix (*élu*); Crié (de Rennes), 5; Mergci (de Bordeaux), 3; Linossier (de Lyon), 3.

2e *Election.* Sur 56 votants, obtiennent: MM. Merget, 33 voix (*élu*); Crié, 14; Hugounenq (de Lyon), 6; Linossier, 3.

Sur le rapport de M. Bucquoy, la liste de présentation des candidats au titre de *correspondant étranger* (1re division) est dressée ainsi qu'il suit: 1° M. Rindfleisch (de Wurzbourg); 2° M. Corradi (de Pavie); 3° M. Millard (de New-York); 4° M. Costomiris (d'Athènes).

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 février 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Laveran, à l'occasion du procès-verbal, signale un cas de *fièvre typhoïde suivi de suppurations multiples*, dues au Staphylococcus pyogenes aureus. Il s'agit d'un soldat de 23 ans qui, dans le cours d'une dothiénentérie grave soignée par les bains tièdes progressivement refroidis, a présenté des hémorrhagies intra-musculaires dans les grands droits de l'abdomen, des phlegmons sur la face dorsale de la main droite et sur le bras gauche. Dans le pus de ces phlegmons ouverts à quelques jours d'intervalle, on n'a trouvé que le Staphylococcus pyogenes aureus. A l'autopsie du malade, on trouve la rate revenue à son volume normal, une pneumonie à gauche, de la péricardite. Les muscles grands droits sont infiltrés de sang fluctuant liquide. On n'y trouve pas de bacilles d'Eberth. Il peut donc se produire, dans le cours des fièvres typhoïdes graves, des suppurations multiples, dues à d'autres bacilles que celui d'Eberth. Celui-ci peut quelquefois devenir pyogène, mais ce n'est pas toujours lui qui en est cause. On trouvait encore des bacilles d'Eberth dans la rate de ce malade : c'est pourquoi il eût été intéressant d'en trouver dans les muscles lésés. La constatation de leur absence fait penser que les bacilles ne jouent aucun rôle dans le développement de ces lésions qui d'ailleurs ne sont pas spéciales à la fièvre typhoïde.

M. Rendu rappelle qu'il a signalé, en 1884 ou 1885, l'histoire d'un typhique ayant présenté une pleurésie purulente interlobaire, dans le pus de laquelle on ne trouva que le bacille d'Eberth. M. Netter, se fondant alors sur l'absence de propriétés pyogènes de ce bacille, avait pensé que les recherches n'avaient pas dû être complètes et que le microbe, cause véritable de la suppuration, avait probablement échappé à l'observateur. Aujourd'hui, il est permis de revenir sur cette conception et d'admettre qu'il s'agit là d'un véritable exemple de suppuration due au bacille d'Eberth.

M. Duponchel n'a pas rencontré une seule fois le bacille d'Eberth dans les cas de suppuration consécutive à la fièvre typhoïde qu'il lui a été donné d'observer. La présence de ce bacille en ces circonstances est donc rare.

M. Desnos présente à la Société un mémoire sur l'*exalgine*, d'où il résulte que ce médicament est un analgésique puissant, mais pas antithermique.

M. Joffroy présente des pièces provenant de l'autopsie d'une malade atteinte depuis 20 ans de *maladie de Morvan*. Ces pièces semblent établir l'identité de cette affection avec la syringomyélie. On trouve en effet dans la moelle de cette malade une vaste cavité s'étendant de la moelle cervicale à l'extrémité de la moelle dorsale. Cette cavité a détruit tout le centre de la moelle et une partie de la corne postérieure droite. Elle mesure 6 à 7 millimètres de diamètre transversal 3 à 4 millimètres d'avant en arrière. — Sur la main droite présentée on trouve le pouce, l'index, le médius et l'annulaire amputés par des panaris. Ces amputations successives se sont produites dans un espace de cinq mois : il s'agit donc bien de maladie de Morvan. Dans un autre fait semblable rencontré l'année dernière, il existait comme ici des lésions de syringomyélie. Il semble donc que c'est la règle et qu'il n'existe pas de différences entre la maladie de Morvan et la syringomyélie.

M. Raymond demande quel était l'état du champ visuel.

M. Joffroy. — Il y avait rétrécissement du côté droit. Seulement la malade hystérique présentait en même temps l'anesthésie sensitive et sensorielle caractéristique. La question est donc de savoir si le rétrécissement du champ visuel est dans ces cas imputable à l'hystérie, ou si on peut aussi le rattacher à la syringomyélie. Or, chez le second malade qui ne présentait pas les stigmates hystériques, il n'y avait pas de rétrécissement du champ visuel. Ce symptôme ne peut donc être considéré comme appartenant à la syringomyélie.

M. Rendu a eu un malade qu'il pensait atteint de syringomyélie, à cause des lésions trophiques des pieds. Ce malade, soldat au Tonkin, a eu les maladies des pays chauds et a même été considéré comme atteint de la lèpre. L'année dernière, il présentait des maux perforants qui donnaient à penser à l'existence de névrites périphériques. Cette année, les maux perforants sont guéris, mais il s'est produit une amputation spontanée du gros orteil et une atrophie des éminences thénar et hypothénar, accompagnées d'anesthésie à la température qui permettent de songer à la syringomyélie. Ce malade présente un peu de rétrécissement du champ visuel. Il serait intéressant de savoir s'il s'agit en ce cas de syringomyélie avec névrites périphériques concomitantes ou si nous sommes en présence d'un hystérique. L'allure du malade engage à cette dernière hypothèse.

M. Joffroy. — L'attitude de ce malade est en effet bizarre et d'ailleurs, parmi les syringomyéliques, on rencontre souvent des hystériques.

M. Babinski a eu l'occasion de voir ce malade; il y a lieu de se demander vraiment s'il ne s'agit pas chez lui de lèpre, car il a été soigné pour cette affection. Bien qu'on n'ait pas observé chez lui de macules, M. Charcot, qui l'a vu, crut d'abord à la lèpre ; depuis il l'a revu de nouveau et est demeuré dans le

doute. Pour le moment il est impossible de résoudre ce problème.

M. Thibierge. — Ce malade a été vu à Saint-Louis où on l'a considéré comme un lépreux ; mais aussi, au point de vue des troubles de la sensibilité, comme un simulateur.

M. Comby lit une note sur la *pseudo-paralysie syphilitique* ou *maladie de Parrot*. Il a vu cette maladie survenir dans trois cas chez des enfants qui présentaient tous les attributs de la syphilis héréditaire.

Un de ces petits malades était né d'une mère de 29 ans, bien portante et sans syphilis apparente. L'examen apprit qu'elle avait eu, d'un autre père, un enfant bien portant; puis mariée à un autre elle a eu 10 grossesses terminées par des fausses couches. Pour cette affection, Parrot avait émis un pronostic fatal; le traitement par les bains de sublimé et les frictions donne de bons résultats. Il en est de même du sirop de Gibert qui se montre très efficace chez les enfants et est très bien supporté, la liqueur de Van Swieten, à la dose de 1, 2 ou 3 grammes, suivant l'âge, réussit également. Le succès en ces circonstances dépend de la sagacité du médecin ; s'il méconnaît la cause du mal, la vie de l'enfant est compromise, les allures de la maladie permettent en général d'affirmer sa nature. La paralysie n'existe pas au moment de la naissance, elle est monoplégique ou diplégique, ne s'accompagne pas de fièvre. On trouve à l'examen de l'articulation comme une lésion du squelette (hyperostose ou décollement épiphysaire). Dans ce dernier cas, il y a lieu de faire le diagnostic avec la fracture.

M. Cadet de Gassicourt partage les idées de M. Comby relativement au pronostic. Quelquefois le diagnostic est difficile lorsque les parents nient la syphilis. Cette affection guérit quelquefois sans traitement. Quand les enfants meurent, ce n'est pas de leur paralysie, mais bien de l'infection syphilitique qui y donne lieu.

M. Sevestre a vu un enfant atteint d'une maladie de Parrot en voie de guérison,et qui semble n'avoir pas été traitée. Il ne faut pas s'attendre à trouver toujours chez les enfants hérédo-syphilitiques des signes de leur maladie. La pseudo-paralysie est mal nommée, car elle ressemble plus à une fracture qu'à une paralysie avec laquelle il n'y a que rarement lieu de faire le diagnostic.

M. Cadet de Gassicourt partage cette opinion et vante l'usage des frictions mercurielles. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

Discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Bouilly voudrait simplement, dès aujourd'hui, présenter quelques objections de fond à cette manière de faire. Cette opération, la castration utérine par morcellement, est certainement indiquée : 1° Dans les cas d'*annexites anciennes*, compliquées de péritonite, avec fausses membranes, avec ou sans fistules purulentes; car, dans ces cas, la laparotomie ne donne rien de bon, et pourtant il faut bien évacuer le pus. 2° Lors de *suppurations* aiguës ou chroniques, *libres dans le bassin*, sans délimitation nette, sans poche susceptible d'être enlevée. Mais il faut reconnaître que ces cas-là constituent la très grande exception. Sur 33 opérations faites l'année dernière dans son service pour des lésions de ce genre, 3 fois seulement l'ablation de l'utérus eût été indiquée. M. Segond va trop loin en voulant trop systématiser, en voulant sacrifier la laparotomie à la castration utérine dans tous les cas de suppurations pelviennes. D'un autre côté, il faut compter avec les erreurs de diagnostic, impossibles à éviter : on sait combien il est difficile de s'y reconnaître, quand il y a des fausses membranes dans le petit bassin ! En préconisant à outrance l'hystérectomie vaginale, on arrivera à enlever l'utérus dans des cas où l'ablation des annexes par la voie sus-pubienne eût été absolument suffisante et bénigne. Dans les cas de petites et moyennes collections purulentes, enkystées dans le bassin, l'ablation de la poche est facile ; dans ces cas, la laparotomie doit rester la voie à suivre. D'ailleurs il y a des poches très haut situées derrière le pubis ; comment les atteindrait-on par le vagin? L'extirpation des poches salpingitiques est certainement préférable et toutes les fois qu'on croira pouvoir la faire, d'une façon complète, il faudra la tenter. — Puis M. Bouilly réfute un à un les arguments mis en avant par M. Segond. Il n'insiste pas sur les deux premiers : Vestige de l'incision et port d'une ceinture. Aujourd'hui ces arguments sont presque sans valeur. On peut faire de petites incisions et souvent, quand la suture de la paroi a été bien exécutée, quand cette paroi n'est pas au préalable altérée, la ceinture devient bientôt inutile. La proportion des décès paraît la même, qu'il s'agisse de la voie sus-pubienne ou de la voie vaginale. Sur 33 cas, M. Bouilly a eu 4 décès : 1 par oubli d'une compresse dans le ventre, 1 par bronchopneumonie infectieuse, deux par péritonite septique. C'est la proportion de M. Segond. Il faut attendre avant d'affirmer que réellement la voie vaginale donne dans ces cas des résultats plus durables que la laparotomie. En somme, pour lui, la laparotomie reste la méthode de choix; l'hystérectomie vaginale une méthode d'exception.

M. Richelot ne pourra pas être accusé de ne pas aimer l'hystérectomie vaginale; il l'a faite, en 2 ans, 18 fois pour des fibromes, des prolapsus et même des névralgies pelviennes ; mais il ne la trouve défendable que dans certaines formes de suppurations pelviennes. Il trouve lui aussi que M. Segond va trop loin et ne peut admettre un instant qu'on parle de substituer la castration utérine à l'ablation des annexes par la voie abdominale. La mortalité de la laparotomie dans les cas de pyosalpinx semble être de 20 0/0 ; or, la statistique de M. Segond n'est pas meilleure que la sienne, puisque lui n'a eu que 4 morts sur 30, au lieu de 4 sur 23. Il connaît d'autre part des femmes opérées à la façon de M. Péan : elles ne sont pas guéries. Il ne faut donc pas dire que la guérison doit être plus radicale. D'ailleurs, après l'ablation de l'utérus, les annexes ne s'atrophient pas toujours. M. Richelot insiste alors sur les arguments invoqués déjà par M. Bouilly. Il se résume en disant : C'est une opération bonne dans les cas complexes (poches purulentes multiples, adhérences intestinales nombreuses, voile pseudo-membraneux placé au-dessus des annexes). Mais il faut tout sacrifier, sauf la vie de la malade, à l'extirpation totale de la poche purulente, quand on la croit possible.

M. Bazy revient à son tour sur les remarques précédemment formulées, admet les mêmes indications que MM. Bouilly et Richelot, et termine en disant qu'il ne comprend pas qu'on mette dans la balance la question de la cicatrice abdominale. On oublie qu'on joue peut-être une vie en ne voulant pas d'une cicatrice de quelques centimètres.

M. Boiffin (de Nantes) lit trois observations ayant trait à la *chirurgie du tube digestif*. A citer, parmi celles-ci : 1° *Un rétrécissement congénital du côlon avec pérityphlite* et fistules vésicales et rectales, traité par l'*entéro-anastomose en un temps* ; 2° Une *entérorrhaphie circulaire dans un cas de fistule stercorale*, suivi de guérison.

M. Picqué présente une pièce ayant trait à une *grossesse extra-utérine*.

M. Th. Anger présente un enfant auquel il a fait récemment une *craniectomie*. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE.

Séance du 3 mars 1891. — Présidence de M. Parent.

M. Vignes *présente une canule pour les injections à travers les points lacrymaux non divisés*. Elle se compose d'un stylet conique percé d'une ouverture latérale à une petite distance de sa pointe terminale. Son introduction est des plus faciles, et elle offre l'avantage de ne pas blesser les canalicules.

M. Gillet de Grandmont dilate les points lacrymaux avec de petits stylets; il emploie en outre des canules plus longues de bec pour pénétrer jusque dans le sac.

M. Gorecki ne renonce point à ouvrir des points lacrymaux; cette incision est nécessaire quand il faut une désinfection rapide et énergique.

Discussion sur l'Ophtalmie sympathique.

M. Gillet de Grandmont. — Depuis 20 ans je n'ai énucléé que des yeux atteints de néoplasmes. Dans les autres cas j'ai toujours fait l'amputation du segment antérieur et je n'ai eu qu'à m'en louer. Avec elle la mutilation est moins considérable et elle prête mieux à la prothèse. La pièce artificielle, restant fixée par la pression atmosphérique, ne repose plus sur le plancher supérieur de l'orbite et toute cause d'irritation est évitée.

M. Vignes. — Un malade se présente à moi dans l'état suivant : l'œil gauche à la suite d'un traumatisme et de diverses interventions est devenu aphote ; le tiers supérieur de l'iris enlevé est remplacé par une épaisse pseudo-membrane qui ne laisse pas de traces de pupille. Une irido-capsulotomie améliore la vision. Puis de nouveau des exsudats obturent la néopupille. Je pratique alors des injections de sublimé intra-oculaires. Amélioration passagère seulement; la pupille s'infiltre quelques jours après. Les injections de sublimé n'ont donc pas empêché la transmission sympathique. Théoriquement du reste, on ne s'explique pas que deux gouttes d'une solution de sublimé au millième puissent détruire les microbes, car cette dose homéopathique n'agirait pas plus sûrement *in vitro*. Restent donc l'énucléation et la résection du nerf optique ; la première supprime le foyer d'infection, la seconde lui barre seulement le chemin. Or la résection expose le tissu orbitaire à un trauma plus considérable, lequel prédispose à l'envahissement sympathique, comme Brailey en a cité de nouveaux cas au Congrès de Berlin. De plus la résection entraîne des troubles trophiques de l'œil avec lesquels il faut compter. C'est donc à l'énucléation, qui possède une réelle valeur préventive, que nous devons donner la préférence.

M. Valude. — Les résultats que j'ai obtenus par les injections de sublimé n'ont pas été favorables. Dans un cas d'ophtalmie sympathique survenue par traumatisme, caractérisée par une injection fine et des douleurs ciliaires, j'ai fait une injection de sublimé à 1/500 dans les deux yeux. Quelques jours après, la malade avait perdu 1/6 de son acuité. Chez un second malade dont l'œil droit était atteint d'irido-choroïdite, à la suite d'une blessure récente,et dont l'œil gauche avait de la photophobie et du blépharospasme, j'ai fait une injection de sublimé dans l'œil sympathisant. Après une amélioration passagère, les troubles sympathiques ont reparu ; j'ai soumis le malade aux frictions mercurielles et tous les symptômes ont disparu. Ce traitement est préférable, car il laisse la main armée. Quant à la résection, je ne l'admettrai que lorsqu'elle dominera l'énucléation de toute la hauteur d'une bonne statistique. Je l'ai pourtant essayée chez un enfant et j'ai vu les douleurs disparaître. La névrotomie ne me paraît pas offrir les avantages des autres méthodes, mais elle n'a pas encore fourni toutes ses preuves; il faut attendre.

M. Abadie. — La voie de communication antérieure, par l'intermédiaire de laquelle se transmettrait l'ophtalmie sympathique, n'est pas connue. L'autre théorie (transmission par le chiasma) est plus rationnelle. Je m'élève contre la résection du nerf optique. En coupant un tissu, on n'arrête pas les microbes, tandis qu'en faisant l'énucléation on coupe court à toute transmission. Il n'existe pas un seul cas avéré d'ophtalmie sympathique guéri. Pour ce qui concerne le traitement par les injections de sublimé, je vous ai présenté les malades guéris qui sont restés guéris, mais je n'ai pas prétendu que la question était résolue. Les résultats différents obtenus par les opérateurs viennent de ce qu'on ne s'est pas placé dans les mêmes conditions. J'ai eu surtout en vue l'ophtalmie sympathique survenant quinze jours après. Sur des yeux anciennement perdus, désorganisés, ce traitement n'a aucun intérêt. Du reste, l'énucléation elle-même est souvent impuissante à arrêter les accidents.

Dans un cas où une plaie de la région ciliaire entraîna, trois semaines après, une ophtalmie sympathique, on fit l'énucléation, puis la résection du nerf optique qui n'eurent aucun effet. Les injections de sublimé provoquèrent une inflammation violente, mais cette intervention fut trop tardive. Je vous présente un second malade dont l'histoire se rapporte à l'ophtalmie traumatique. D'un côté, amblyopie congénitale, dans l'autre œil, blessure de la région ciliaire qui s'est aggravée, et quelques jours après le malade ne pouvait pas se conduire. J'ai fait des cautérisations au galvano-cautère et des injections sous-conjonctivales de sublimé. La perception qualitative est revenue et il a pu compter les doigts à deux mètres. Aujourd'hui, après de nouvelles injections, il peut lire.

M. Galezowski. — Je dois vous faire connaître l'histoire d'un malade atteint d'ophtalmie sympathique qui a été traité par les injections de sublimé. Elle pourra vous édifier sur la valeur d'une méthode que je considère comme défectueuse et dangereuse. Il s'agit d'une femme de 28 ans dont l'œil gauche a été blessé. Des accidents s'étant déclarés dans l'autre œil, le chirurgien qui la soignait ne voulut pas faire l'énucléation et fit des injections de sublimé dans les deux yeux. Au début il parut y avoir une légère amélioration. Le traitement dura cinq mois, puis la vue commença à se troubler dans les deux yeux et elle est arrivée à être complètement aveugle. Actuellement les pupilles sont tout à fait oblitérées. En pratiquant une iridectomie, j'ai constaté une forte adhérence de l'iris à la capsule. On peut se demander si l'on n'a pas perdu du temps en employant les injections, et si l'énucléation n'aurait pas empêché les accidents de se produire.

Ce seul cas suffirait à m'opposer à l'emploi de cette méthode, puisqu'elle n'offre pas toute sécurité, et que, par là même, elle n'est pas supérieure à l'énucléation. Je me déclare opposé à la résection du nerf optique. Les faits de transmission par cette voie sont rares. Le nerf optique n'est pas souvent atteint, presque toujours l'O. S. se manifeste dans le segment antérieur de l'œil par l'iritis, les dépôts sur la cornée, la choroïdite ; voilà la vraie forme clinique. La transmission se fait par la circulation générale, et l'excision du nerf optique est inefficace. Dans les cas où l'œil a conservé son volume, je fais le *débridement circulaire des globes* qui m'a donné de bons résultats ; dans les cas où l'œil est atrophié, je fais l'énucléation.

M. Gorecki. — Je ne suis pas loin d'être d'accord avec M. Abadie s'il limite son opération à l'Ophtalmie traumatique récente et s'il ne la pratique pas dans les cas anciens. Je crois qu'il faut faire intervenir la circulation générale pour expliquer les phénomènes sympathiques. On a une tendance à tout rapporter aux microbes eux-mêmes; ce sont des protozoaires qui peuvent former des leucomaïnes et des ptomaïnes; la voie veineuse est peut-être plus courte que la voie lymphatique.

D'autre part, je ne vois pas comment une goutte de sublimé pourra détruire les microbes dans le nerf optique sans détruire les éléments anatomiques. Dans la forme traumatique d'O. S, ce n'est pas sous forme de névrite optique qu'elle se produit le plus souvent ; c'est sous forme d'irido-choroïdite. Il est incontestable que la forme nerveuse existe. Depuis 18 ans, je n'ai pas eu à énucléer un œil non atrophié. (*A suivre*). Koenig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 12 février 1891. — Présidence de M. de Beauvais.

De la valeur du Gonococcus de Neisser au point de vue de la médecine légale.

M. Bovet (de Pougues) communique une observation tendant à démontrer que le médecin légiste s'exposerait à de graves erreurs en mettant exclusivement sur le compte de la blennorrhagie la présence du gonocoque dans la vulvite des petites filles. Il s'agit d'une famille aisée chez laquelle les deux petites filles ont été atteintes à quelques jours de distance de vulvite sans causes apparentes d'origine. Quelque temps après, la mère des enfants est également atteinte d'accidents inflammatoires vulvaires avec cystite assez violente. Des soins de propreté, unis à une antiseptie rigoureuse, eurent bientôt raison des accidents constatés. C'est alors que le père a des rapports avec sa femme et ressent, deux jours après, une douleur vague dans l'urèthre, bientôt suivie d'un écoulement uréthral, assez limpide d'abord, qui devient bientôt purulent avec tous les symptômes de la blennorrhagie. Il y a donc eu là infection du père par la mère, laquelle par contage avait été elle-même infectée par ses enfants. Cette observation et les cas signalés déjà par MM. Bordas et Vibert, à la Société de médecine légale, à propos de viol sur des petites filles commis par des

individus ne présentant pas d'écoulement, tendent à prouver : 1° Que le gonocoque ne serait pas infailliblement l'agent de la blennhorragie ; 2° Que dans les cas présumés de viol sur des petites filles, il ne faudrait pas pour affirmer le délit s'en rapporter à la présence du gonocoque dans l'écoulement vulvaire.

Nouveau mode d'administration des médicaments dangereux.

M. A. Petit, à ce propos, lit un travail sur une préparation glycéro-alcoolée de digitaline cristallisée au millième. Il donne la formule suivante pour la digitaline :

℞ Digitaline cristallisée . . . . 1 gramme.
Liquide glycéro-alcoolique . . q. s.

pour faire un litre à 15°.

La formule du glycéro-alcoolé pour les solutions serait, pour obtenir un litre à 15° :

℞ Glycérine (D = 12.50 à 15°). 333 grammes.
Eau distillée . . . . . . 147 —
Alcool à 95°. . . . . . . q. s.

Au moment du mélange, il y a contraction et élévation de température. Un centimètre cube pèse donc un gramme. Cette formule présente, en outre, l'avantage que un gramme ou un centigramme cube correspond exactement à 50 gouttes, ce qui permet de donner au début des doses de 1/50 de milligramme. Ce véhicule présente encore les avantages suivants : 1° Conservation indéfinie ; 2° Evaporation rendue difficile par la viscosité du liquide ; 3° Solubilité complète assurée dans la plupart des cas, même quand le liquide est étendu d'eau.

Séance du 19 février 1891. — Présidence de M. Leblanc.

Parasites des fosses nasales.

M. Delobel (de Noyon) cite l'observation d'une jeune fille de 15 ans qui se plaignait de maux de tête violents s'accompagnant de sécrétions nasales abondantes d'apparence vermiculaire. D'après la mère, de semblables sécrétions auraient eu lieu par l'anus. La malade accuse des fourmillements dans les fosses nasales. Cependant, à l'examen rhinoscopique, on ne trouve rien de particulier. Malgré la rareté du fait, M. Delobel pense à la présence de larves de mouches bleues dans les narines de sa malade, celle-ci ayant coutume pendant l'été de se coucher sur l'herbe à la campagne. Il prescrit des douches naso-pharyngiennes avec une solution boriquée de 4 0/0, en recommandant à la malade de lui apporter les parasites dès qu'elle le pourrait. Quelques jours après, elle revient avec environ 30 parasites de volume différent, qu'il reconnaît pour être la larve de mouche bleue (Calliphora vomitoria), autrement dit, l'asticot des pêcheurs à la ligne. M. Delobel change l'acide borique contre le chlorure de sodium à 40 0/0, par économie, pour les douches naso-pharyngiennes et pour les lavements tous les deux jours. Ce traitement a eu pour résultat de faire disparaître promptement les larves qui étaient la cause des désordres constatés. M. Delobel explique leur présence par le dépôt, dans les fosses nasales de la jeune fille, d'œufs d'une mouche bleue ayant donné promptement naissance à des larves. Il recommande dans ce cas les douches naso-pharyngiennes antiseptiques.

Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.

M. Gillet de Grandmont fait l'analyse d'un travail allemand sur l'ouverture des cavernes tuberculeuses dans les cas de phtisie avancée avant l'inoculation de la lymphe de Koch. Ce travail accuse cinq observations sur lesquelles trois malades seraient en voie de guérison, un serait presque guéri, un seul serait mort.

De l'icthyol et des icthyolates alcalins dans l'érysipèle.

M. Gillet de Gradmont donne lecture d'une note très courte sur l'emploi de l'icthyol et des icthyolates alcalins dans les cas d'érysipèle. Cette substance agirait comme antiseptique, comme constricteur des vaisseaux. Elle serait très favorable aussi dans les cas d'albuminurie. Il cite deux cas traités par l'icthyolate d'ammoniaque et le succès a été complet.

CORRESPONDANCE

Le remède de Koch à la Clinique médicale de Strasbourg.

Strasbourg, 1er mars 1891.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Aujourd'hui que l'enthousiasme des premières semaines s'est calmé pour faire place à une appréciation plus saine des choses, nous pouvons sans danger jeter un regard en arrière et juger sans idées préconçues les résultats des expériences faites avec le remède de Koch, pendant les trois mois qui viennent de s'écouler. Partant de ce point de vue, le professeur Naunyn a fait la semaine dernière deux conférences cliniques des plus intéressantes sur les observations qu'il a pu faire dans son service de clinique médicale et dont nous résumons les passages principaux.

Distinguant, de même que Koch l'a fait dès l'origine, le remède de Koch comme moyen de diagnostic et comme agent thérapeutique, M. Naunyn a d'abord examiné celui-ci au premier point de vue. Ici, comme ailleurs, on a pu constater la réaction typique annoncée par Koch dans la majorité des cas de tuberculose. Mais d'un autre côté un assez grand nombre de malades, atteints de tuberculose évidente, prouvés par la présence de bacilles dans les crachats, ont supporté des injections de lymphe de 0,01 gramme et plus sans la moindre réaction. En outre, des individus parfaitement sains ou des malades ne présentant pas les plus légers signes de tuberculose ont réagi avec violence à la première injection. Ces deux exceptions à la règle font perdre à la lymphe de Koch le caractère de certitude absolue qu'on lui attribuait à l'origine comme moyen diagnostique, et M. Naunyn n'en reconnaît la valeur que dans des cas douteux, sans bacilles dans les crachats, et où ceux-ci apparaissent après les premières injections. Dans les autres cas, les résultats sont incertains, abstraction faite de la substance, dont l'emploi n'est pas sans dangers.

Aussi M. Naunyn recommande-t-il la *plus grande prudence* dans les expériences. Lui-même commence dans tous les cas par injecter 0,0005 — 0,001 gramme et n'augmente que très lentement et avec beaucoup de prudence juqu'à 0,007 — 0,008 grammes. Si après une injection il observe le moindre symptôme alarmant, il cesse aussitôt la cure, pour ne recommencer que quelques jours plus tard avec une dose inférieure.

Cette recommandation à la prudence devient encore plus pressante dès qu'il s'agit du traitement de tuberculeux. On ne doit pas seulement prendre les plus grandes précautions dans l'application du remède, mais aussi dans le choix des malades destinés à ce mode de traitement. Il existe déjà un nombre relativement considérable de cas de mort et d'aggravations du processus morbide, causés très probablement par la nouvelle méthode de traitement. Un grand inconvénient dans l'emploi de la lymphe est l'impossibilité dans laquelle nous sommes de doser son action. Certains malades réagissent d'emblée, très violemment, aux injections. La réaction est même dans certains cas si violente que la mort peut s'en suivre. On a en général observé ces réactions violentes après de fortes doses du médicament, quoique de petites doses aient aussi eu le même effet. Il n'est pas admissible que cette différence d'action provienne d'une composition inconstante du remède ; nous devons bien plutôt voir là le fait d'une prédisposition différente pour chaque malade. L'étendue de la maladie ne peut pas non plus être rendue responsable ; car il n'a jusqu'à présent pas été possible de constater le moindre parallélisme entre la violence de la réaction et le développement de l'affection tuberculeuse. Ces différences de réaction proviennent vraisemblablement de la localisation de la maladie, jointe à une idiosyncrasie individuelle. On observe même sur le même malade de grandes différences de réaction. Les premières injections restent sans effet, et tout d'un coup il se produit une réaction violente, qui persiste dans la suite, même après des doses beaucoup plus faibles.

Le remède de Koch a une action double, que l'on doit distinguer nettement : d'un côté, il provoque une réaction inflammatoire des tissus sains contre l'envahissement de l'infection tuberculeuse; de l'autre, il agit d'une manière parti-

culière sur le système vaso-moteur; cette action se manifeste par une hyperémie des organes et des tissus encore parfaitement sains.

Les cas cités plus haut, dans lesquels les malades ont réagi d'emblée avec une violence extraordinaire aux injections, ne sont pas les seules exceptions à la réaction typique. Il existe des malades chez lesquels la maladie a pris une tournure fâcheuse, probablement par suite de la cure, sans que la violence de la réaction puisse en être rendue responsable. Le malade réagit pendant un certain temps d'une façon tout à fait normale; peu à peu les injections sont suivies de réactions atypiques. La fièvre persiste, les malades se sentent indisposés, et au bout de quelques jours, on peut constater une aggravation évidente du mal. Dans ces cas-ci, il n'est pas nécessaire de rendre le remède directement responsable de l'aggravation; il suffit de constater qu'il a été impuissant à arrêter les progrès de la maladie. Mais il arrive que celle-ci prend un nouvel essor directement après une injection suivie de réaction violente. La fièvre persiste, le malade est cyanotique, il a de la dyspnée, et, après dix à quinze jours, il meurt de tuberculose miliaire aiguë. Bien que nous ne puissions le démontrer à l'évidence, il est plus que probable que, dans ces cas, la mort prématurée a été provoquée par l'injection de lymphe.

Ces cas suffisent pour justifier l'invitation à la prudence faite en commençant. Mais ils suffisent aussi pour nous imposer cette question: *En présence de ces résultats, avons-nous le droit de continuer à expérimenter sur des malades?* En observant la plus grande prudence, on peut continuer à injecter, mais le médecin doit chercher à éviter absolument les réactions violentes. De cette manière, des surprises désagréables seront moins à craindre.

Cependant, les résultats cités ci-dessus représentent l'exception. La plupart des malades traités par le remède de Koch présentent une certaine amélioration. Chez les phtisiques et les individus atteints de tuberculose laryngée, qui représentent la majorité des malades traités par la méthode de Koch, on observe généralement une diminution des symptômes morbides: ils augmentent de poids; des malades qui avaient de la fièvre redeviennent apyrétiques, la toux et les crachats diminuent; en un mot les malades se sentent mieux; mais, jusqu'à aujourd'hui, aucun n'est guéri. Il est difficile de juger des résultats obtenus par ce traitement. Sont-ils le fait de l'emploi de la lymphe Koch ou bien le résultat des bons soins et du traitement rationnel de l'hôpital? Nous ne pouvons pour le moment pas encore trancher cette question.

Le résultat des observations faites jusqu'à ce jour n'est donc pas brillant. Au lieu d'un remède, qui paraissait appelé à révolutionner les chiffres des tables de mortalité, il reste une substance inconnue, dont on n'ose se servir qu'avec la plus grande prudence, au point qu'on en est à se demander si vraiment on doit s'en servir. Mais la portée scientifique de la découverte de Koch doit être séparée absolument de son intérêt pratique. A ce point de vue, elle reste, après comme avant, un des plus beaux monuments de la recherche biologique contemporaine, qui pourra peut-être porter un jour des fruits pour la pratique.

Dr JAQUET.

VARIA

Le Bureau central de bienfaisance de Genève.

M. le colonel Rilliet, directeur du Bureau central de bienfaisance de Genève, nous adresse son rapport annuel, dans lequel il donne d'intéressants renseignements sur le fonctionnement de cette œuvre philanthropique fondée depuis 24 ans. M. le colonel Rilliet demande avec juste raison que la centralisation des secours s'impose d'une façon presque absolue, si l'on veut aboutir à réduire l'aumône qui abaisse et à atténuer l'exploitation des quémandeurs de profession, exploitation favorisée par des personnes crédules qui font fi du Bureau et préfèrent s'en remettre à des intermédiaires souvent peu pratiques.

La question du travail venant remplacer l'aumone a été sinon résolue à Genève, tout au moins soumise à un essai pratique par l'ouverture d'un chantier. Cette création a eu pour but de trier les personnes à secourir, les quémandeurs de profession refusant les bons de travail, tandis qu'une certaine quantité d'individus auxquels l'aumône répugne s'inscrivaient et recevaient des bons de travail, ce qui a eu pour but de quadrupler les secours. Toutefois les bons de travail ne sont pas remis aux passants, à ceux-ci le Bureau de bienfaisance donne des bons de subsistance et d'Asile de nuit.

Les voyageurs et les passants secourus en 1890 ont été de 1,729, parmi lesquels 571 Suisses, 888 Français, 230 Italiens et le reste appartenant aux autres nationalités. Le Bureau de bienfaisance a rapatrié dans cette même année, 664 individus dont 153 Français, 338 Suisses, 66 Italiens et 153 étrangers divers. Comme on le voit, la Suisse ouvre libéralement son cœur aux infortunes de nos compatriotes et la ville de Genève ainsi que le Comité du Bureau de bienfaisance ont droit à notre reconnaissance.

M. Rilliet, après avoir donné des détails très précis sur les secours donnés aux expatriés (p. 402) et les bienfaits dont le Bureau a comblé les nécessiteux (p. 325), nous fait connaître une branche de l'œuvre genevoise qui s'occupe des enfants et des jeunes gens, soit pour faciliter des séjours à la campagne, soit pour payer ou surveiller des apprentissages, soit enfin pour obtenir l'entrée dans des asiles tels que Serix, la Force, Sainte-Foy, et dans les établissements de la Suisse allemande. Ce patronage s'opère de concert avec l'*Association des Amis de l'enfance* et a déjà rendu d'immenses services.

Nous terminerons l'analyse du rapport de M. le colonel Rilliet en ajoutant qu'il existe encore au Bureau de bienfaisance de Genève un ouvroir malheureusement fort peu connu. On y confectionne des chemises, des draps, des serviettes, etc., etc.

Les dépenses du Bureau de bienfaisance de Genève ont été en 1890 de 93.263 francs et celles de l'ouvroir de 9.893 francs. Si l'on ajoute aux 1.729 passants secourus et aux 664 rapatriements les secours donnés aux 325 individus inscrits et possédant un dossier ainsi qu'aux 17.402 expatriés, le nombre des secours s'élève à 20.100 pour l'année 1890. C'est un chiffre éloquent qui fait honneur au Comité d'administration du Bureau de bienfaisance de Genève et dont nous tenons à le féliciter.

A. ROUSSELET.

10e Congrès de Médecine interne (*Wiesbaden*, avril 1891).

Le 10e *Congress für innere Medicin* aura lieu du 6-9 avril 1891, à Wiesbaden. Le président sera M. le Pr Leyden (Berlin). Voici les principales communications qui y seront faites:

Lundi 6 avril: *Die Gallensteinkrankheiten.* Rapporteurs: MM. Naunyn (Strasbourg) et Fürbringer (Berlin).— Mardi 7 avril: *Das Koch'sche Heilverfahren bei Lungentuberkulose und anderen inneren tuberkulösen Erkrankungen.* — Mercredi 8 avril: *Angina pectoris.* Rapporteurs: MM. A. Fränkel (Berlin) et O. Vierordt (Heidelberg). — Autres communications: M. Kahler (Wien): *Ueber intermittirende Albuminurie.* — M. Mosler (Greifswald): *Ueber Behandlung der Leukämie.* — M. Th. Schott (Nauheim): *Ueber Differential diagnostik der Pericardial exsudate und der Herzdilatation.* — M. Knoll (Prag): 1) *Zur Lehre von den Kreislaufstörungen.* 2) *Zur Lehre von den krankhaften Veränderungen der quergestreiften Musculatur.* — M. Brieger (Berlin): *Ueber chemische Vorgänge bei Infectionskrankheiten.* — M. Rosenstein (Leyden): *Ueber die Diagnose der hypertrophischen Lebercirrhose.* — M. Quincke (Kiel): *Ueber Hydrocephalus.* — M. Eichhorst (Zurich): *Wahrnehmungen über den Patellarsehnenreflex bei Tabes dorsalis.* — M. Edlefsen (Kiel): 1) *Zur Frage der Entstehung des vesiculären Athmungsgeräusches.* 2) *Zur Statistik der Varicellen* (mit Rücksicht auf die neuerdings wieder behauptete Zugehörigkeit derselben zur Variola). — M. Tappeiner (München): *Ueber die diuretische Wirkung der Phenylmethylpyrazolcarbonsäure.*—M. Friedländer (Leipzig): 1) *Ueber die Methode der « mathematischen Diagnostik » des acuten Gelenkrheumatismus und aller sonstigen Gestaltungsformen des Rheumatismus centralis.* 2) *Zur Aetiologie des morbus Brightii.* — M. Leubuscher (Jena): *Klinische Untersuchungen über die Säureabscheidung bei Geistes-und Nervenkrankheiten.* — M. Schmaltz (Dresden): *Die Untersuchug des specif. Gewichts des menschlichen Blutes und das Verhalten desselben bei anämischen Zuständen.* — M. Mordhorst (Wiesbaden): *Zur Diagnose und Behandung der Gicht.*

Pendant le Congrès aura lieu une exposition des nouveaux instruments médicaux construits depuis l'Exposition de Berlin.— S'adresser au secrétaire, M. le Dr Emile Pfeiffer, Friedrichtrasse, à Wiesbaden.

La Fièvre typhoïde dans l'armée.

Une épidémie de fièvre typhoïde régnant dans les casernes, à Landrecies, le bataillon du 84e de ligne, qui s'y trouvait, est parti pour Maubeuge. — On écrit d'Orléans que le général commandant le 5e corps d'armée se montre très affecté des

conséquences de l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit en ce moment sur le 89e de ligne. Le régiment, en garnison à Montargis, a eu 14 *décès*, 52 *malades* dont 11 sous-officiers ; sans compter les congédiés atteints, une fois rentrés dans leurs foyers. Tous appartiennent au bataillon qui, en dépit des prescriptions ministérielles, a bu pendant deux mois de l'eau corrompue — l'analyse y a trouvé le bacille typhique — sans que personne ait songé à prescrire qu'elle fût bouillie et filtrée, conformément au règlement. Le jour où le robinet de l'eau de source se trouve dégelé, l'alimentation avec de l'eau de puits disparaît ; aussitôt le nombre des malades décroît. Dans cette affaire, dit l'*Echo de Paris*, on discerne très bien la nature des responsabilités encourues. Il y a eu mort d'hommes par le fait de l'inexécution des ordres du ministre de la guerre sur l'alimentation des troupes et la tenue des casernements. En présence du nombre énorme des décès et des malades, une sanction disciplinaire est soumise à l'appréciation du président du conseil. Elle rappellera à tout le monde dans l'armée quelles sont les conséquences que peut engager un manque de surveillance et l'oubli des règles de l'hygiène.

Les Hôpitaux au Tonkin.

L'hôpital actuel de Haïphong, dit le *Temps*, construit en 1885 sur les bords du Cua-Cam, est des mieux installés ; il vient en seconde ligne après celui de Quan-Yen, où les lits sont plus nombreux. Deux pavillons principaux, portant les noms des docteurs Borius et Zuber, morts à la peine, il y a cinq ans, reçoivent les sous-officiers ou assimilés et les soldats ; un troisième pavillon plus petit est destiné aux officiers. Les autres constructions, éparpillées dans le jardin qui s'étend autour, et où l'on cultive pour les malades les légumes les plus variés, servent de logements aux sœurs de Saint-Paul de Chartres et aux infirmiers ; à l'extrémité sont les cuisines. M. le docteur Breton, le médecin en chef actuel, est un ancien Cochinchinois. Il appartient à cette catégorie de médecins dont le dévouement est connu de tous ceux qui ont habité les colonies ; ses collaborateurs sont MM. Brient et Simond ; 5 sœurs assurent le service. Dans les cuisines, la propreté est irréprochable. Le jour où les ressources budgétaires permettront d'édifier un hôpital à Hanoi, en remplacement des vieux magasins à riz où sont entassés les malades, et où l'on pourra agencer comme il convient les ambulances dans les principaux postes, on sera organisé pour combattre les épidémies.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant les mois de janvier et février (Année scolaire 1890-91.)

M. BULA-LAFONT (12 janvier 1891). De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. — PÉRISSON (19 janvier 1891). Contribution à l'étude des paralysies et des amyotrophies dans la chorée de Sydenham. — BRODU (23 janvier). Des troubles vésicaux et des altérations de l'urine symptomatiques des affections rénales. — M. MARTY (28 janvier). Du traitement des arthrites tuberculeuses par l'iodoforme. — M. BACHELIER (30 janvier). Contribution à l'étude de la lithotritie à séances prolongées.— M. LEPINAY (4 février). L'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Bordeaux.— M. BARRET DE NAZARIS (6 février). Traitement des prolapsus génitaux par la colpopérinéorraphie et la colposyntomie combinées immédiatement avec l'opération d'Alquié-Alexander. — M. ROZIER (13 février). De la tuberculose testiculaire diffuse. — M. BOURRUS (20 février) Etude sur les formes anormales de l'utérus gravide ; leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance.

Faculté de médecine de Toulouse.

Projet de loi.

On a distribué, le 19 février, à la Chambre, un projet de loi relatif aux crédits pour la Faculté de médecine de Toulouse. Voici le texte de ce projet :

Les conditions spécifiées dans les conventions du 8 décembre 1880 et du 6 juillet 1886, passées entre l'Etat et la ville de Toulouse, relativement à l'installation de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, créée par décret du 28 novembre 1878, sont aujourd'hui remplies ; des bâtiments spéciaux ont été construits, leur aménagement répond aux besoins des divers services, et le budget nécessaire a été consenti par la ville.

La Faculté fonctionnera à partir du 16 mars 1891. Il est donc indispensable de pourvoir, dès cette date, aux dépenses tant du personnel que du matériel. Le montant de ces dépenses s'élèvera annuellement à 280,000 fr. Suivant les deux conventions de 1880 et de 1886 et la délibération du Conseil municipal, en date du 16 octobre 1890, la ville de Toulouse prend à sa charge la totalité des dépenses. Toutefois, il lui sera tenu compte des droits perçus par l'Etat et la ville versera la différence dans les caisses du Trésor public.

En résumé, le crédit ci-dessus est un crédit d'ordre, l'État devant être désintéressé par le produit des droits qu'il perçoit directement et par le versement que la ville de Toulouse s'est engagée à faire de l'excédent des dépenses sur les recettes.

Le crédit, afférent à l'exercice 1891, est calculé pour la période du 16 mars au 31 décembre, soit, sur le chiffre total de 280,000 fr., une somme de 221,667 francs. Nous avons, en conséquence, l'honneur de vous soumettre le *projet de loi* ci-joint :

Le Président de la République française décrète : Le projet de loi dont la teneur suit sera présenté à la Chambre des Députés par le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et par le Ministre des finances, qui sont chargés d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

Article premier. — Il est ouvert au Ministère de l'instruction publique et des beaux-arts (1re section — service de l'instruction publique), en addition aux crédits ouverts par la loi de finances du 26 décembre 1890, un crédit supplémentaire de deux cent vingt et un mille six cent soixante-sept francs (221,667 fr.) à rattacher au chapitre 9 (Facultés dont les dépenses donnent lieu à comptes avec les villes) du budget de l'exercice 1891.

Article 2. — Il sera pourvu au crédit supplémentaire ci-dessus au moyen des ressources générales du budget ordinaire de l'exercice 1881.

Choix des Professeurs.

Les journaux de médecine de Toulouse se préoccupent beaucoup, et avec raison, de l'organisation de la Faculté, du choix des professeurs. « L'on nous rapporte, dit à ce propos la *Gaz. des hôp. de Toulouse*, que M. le Dr Tranier, conseiller municipal, a posé sa candidature à la chaire de thérapeutique de la future Faculté de Médecine de Toulouse. Les titres de notre confrère sont bien connus de tous. M. le Dr Tranier est un ancien interne des hôpitaux d'Oran : il a de plus publié dans des journaux, consumés depuis dans l'incendie de la bibliothèque d'Alexandrie, d'intéressants travaux. Nous avons pu retrouver les titres de quelques-uns de ses mémoires : De la proportion des anencéphales admis à l'Ecole polytectique ; — De la dilatation temporaire des canaux de mars par les bougies Béniqué, etc. « L'on sait, de plus, que notre distingué confrère a imaginé une loupe spéciale pour découvrir des poils sur les œufs et une machine très ingénieuse pour partager ces poils en quatre. »

Policlinique de Paris. — Conférence sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Mercredi dernier, M. Prou, conservateur au cabinet des médailles à la Bibliothèque nationale, a fait à la *Policlinique de Paris* une fort intéressante conférence sur le vieil Hôtel-Dieu, dans laquelle il a fait successivement défiler les différentes formes d'administration subies par le vieil hôpital, ainsi que l'organisation des services de médecine et de chirurgie. Nous avons été heureux de voir que la Policlinique de Paris s'occupe, outre les soins à donner aux malheureux et l'enseignement aux élèves, à développer également, grâce au zèle de très dévoués conférenciers, les principes de notre histoire hospitalière que le public a besoin de connaître. Les applaudissements chaleureusement donnés à M. Prou ont prouvé que le monde s'intéresse plus qu'on ne l'aurait pu croire à ces intéressantes questions, et que le développement de conférences de ce genre dans tous les quartiers de Paris est à souhaiter vivement.

A. R.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Déjerine, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Pinard, Segond, Reynier.—(2e *Série*) : MM. Tillaux, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Fournier, Marie, Letulle.

MARDI 10. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Hanot.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier.— (2e *Série*) : MM. Guyon, Duplay, Bar.

MERCREDI 11. — Médecine opératoire : MM. Terrillon, Kirmisson, Segond. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Jalaguier, Retterer.

JEUDI 12. — Médecine opératoire : MM. Panas, Le Dentu, Nélaton.— 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Schwartz. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Gilbert, Netter. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Legroux, Hutinel.

VENDREDI 13. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Straus, Terrillon, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tillaux, Ribemont-Dessaignes, Tuffier. — (2e partie) : MM. Potain, Grancher, Brissaud.

SAMEDI 14. — (3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Le Dentu, Humbert. — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 11. — M. Isch-Wall. Arthritisme et cancer. — M. Stœber. Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants. — M. Pradel. Contribution à l'étude de la pyohémie médicale.

JEUDI 12. — M. Morin. Remarques sur la dernière épidémie d'influenza et principalement sur ses phénomènes hémorrhagiques. — M. Vaille. Contribution à l'étude du bassin vicié par obstruction (tumeurs développées aux dépens du squelette pelvien). — M. Camuzet. L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique. — M. Chesnay. Le traitement hygiénique de la tuberculose pulmonaire à l'air libre et au repos. Hivernage de tuberculeux à l'hôpital Tenon (1890-1891).

Enseignement médical libre.

Electrothérapie gynécologique.—M. Le Dr BRIVOIS commencera le lundi 6 avril un cours libre d'Electrothérapie gynécologique. Le cours sera complet en neuf leçons et durera un mois. Théorique et pratique, il comprendra toutes les opérations électriques pratiquées sur l'utérus et ses annexes. Les élèves exécuteront eux-mêmes ces opérations. S'inscrire à la Clinique du Dr Brivois, 15, rue Malebranche, tous les jours de 1 h. à 3 heures.

Cours pratique de chimie, de microbiologie et de microscopie médicales. — M. LAFON, chimiste-expert, directeur du laboratoire de recherches appliquées à la médecine et à l'hygiène, recommencera, le 19 mars 1891, un cours pratique de chimie, de microbiologie et de microscopie médicales. S'inscrire d'avance, de 3 à 4 heures, au Laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Cours de gynécologie. — M. le Dr AUVARD, le mardi 5 mai, à 4 heures 1/2, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche.

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Thérapeutique oculaire.— M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

2e *Cours de gynécologie opératoire* (*Policlinique de Paris*). — MM. VULLIET, LUTAUD et Ad. OLIVIER, le mardi, à 2 heures de l'après-midi.

Enseignement municipal supérieur.

Cours de Biologie. — Ce cours, professé par M. le professeur POUCHET à l'hôtel de ville (Enseignement populaire supérieur), momentanément suspendu pour les préparatifs du prochain bal de l'hôtel de ville, a repris le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 févr. 1891 au samedi 28 février 1891, les naissances ont été au nombre de 1254 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 463 ; illégitimes, 168, Total, 631. — *Sexe féminin :* légitimes, 460 ; illégitimes, 163, Total, 623.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 fév. 1891 au samedl 28 février 1891, les décès ont été au nombre de 1190 savoir : 608 hommes et 582 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3, T. 10. — Variole : M. 2, F. 1, T. 3. — Rougeole : M. 8, F. 3, T. 11 — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12. — Diphtérie, Croup : M. 15, F. 32, T. 47. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 168, F. 78, T. 246. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 12, T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 00, F. 00, T, 00. — Tumeurs malignes: M. 19, F. 35, T. 54. — Méningite simple : M. 23, F. 18. T. 41. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 25, T. 46. — Paralysie : M. 2, F. 3, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 1, T. 5. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 36, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 26, F. 26, T. 52.— Bronchite chronique : M. 21, F. 29, T. 50. — Broncho-Pneumonie : M. 23, F. 32, T. 55. — Pneumonie : M. 36, F. 53, T. 89. — Gastro-entérite, biberon, M. 21, F. 13, T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 7, T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Debilité congénitale : M. 17, F. 12, T. 29.— Sénilité : M. 12, F. 27, T. 39. — Suicides : M. 12, F. 3, T. 15. — Autres morts violentes : M. 5, F. 8, T. 13.—Autres causes de mort : M. 97, F. 97, T. 194. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 10, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 94, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 29, illégitimes, 21. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 18. Total : 44.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — *L'amphithéâtre de la nouvelle Sorbonne.* — La Commission d'installation du Palais-Bourbon s'est réunie lundi dernier à la Sorbonne pour visiter le nouvel amphithéâtre et examiner sur place les conditions d'installation au point de vue de la ventilation et du chauffage, conditions qui répondent aux dernières découvertes de la science et qui réalisent presque la perfection. La Commission a été reçue par M. Gréard, vice-recteur, et M. Nenot, architecte de la nouvelle Sorbonne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'hygiène.* — M. le Pr PROUST commencera le cours d'hygiène le mardi 7 avril 1891, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de pathologie interne. — M. le Pr DEBOVE commencera le cours de pathologie interne le mardi 7 avril 1891, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Voici la liste de présentation de la Faculté pour les deux chaires vacantes actuellement : *Histologie :* 1° M. Baraban ; 2° M. Tourneux (de Lille). *Thérapeutique :* 1° M. Schmitt ; 2° M. Simon ; 3° M. Parisot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — La Chambre des Députés, cette semaine, a adopté sans discussion le projet de loi concernant l'ouverture d'un crédit de 221,667 fr. pour la Faculté de médecine de Toulouse. Dans un de nos derniers numéros, nous nous sommes étendus sur cette demande de crédit. On a pu lire plus haut ce projet de loi.

ECOLE PRÉPARATOIRE D'ALGER. — M. JULIEN, préparateur de physiologie à l'Ecole des sciences d'Alger, est attaché, en la même qualité, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de cette ville.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en médecine.* — Le sujet de la composition écrite a été : *Du rein goutteux* ; *anatomie pathologique et symptomatologie.* — La lecture des copies aura lieu les lundi, mercredi et vendredi, à 4 h. 1/2, à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria ; le dimanche matin à 9 h. et le mardi soir à 8 h. 1/2, à la Charité, rue Jacob.— Première séance : Dimanche matin 1er mars.— Les autres questions restées dans l'urne étaient : 1° *Embolies pulmonaires ;* 2° *Broncho-pneumonies aiguës* (pathogénie et anatomie pathologique).

BANQUET OFFERT AU Dr QUINQUAUD. — Les amis et élèves du Dr QUINQUAUD ont décidé de lui offrir un banquet, à l'occasion de sa récente élection à l'Académie de médecine. Le banquet aura lieu le samedi 14 mars, à 7 heures du soir, au restaurant du *Lion d'Or*, 7 et 9, rue du Helder. Adresser les cotisations à M. VEILLON, interne à l'hôpital Saint-Louis, ou à MM. les Drs BUTTE et NICOLLE. Le prix de la cotisation est de 20 francs.

CONGRÈS GÉOLOGIQUE INTERNATIONAL. — Ce Congrès se réunira, en 1891, à Washington.

CONGRÈS DES GYNÉCOLOGISTES ALLEMANDS. — Le 4e Congrès de la Société allemande de gynécologie aura lieu du 21 au 23 mai à Bonn. Les séances auront lieu à la clinique des femmes de l'Université. S'adresser à MM. Veil (Bonn) et Kehser (Heidelberg).

CONFÉRENCES PUBLIQUES A LA BIBLIOTHÈQUE FORNEY. — Parmi les conférences publiques et gratuites ayant lieu à la Bibliothèque Forney, rue Titon, n° 8 (XIe arrondissement), en 1891, citons le samedi 14 mars, à 8 heures 1/2 du soir : *Odeurs au point de vue physiologique*, démonstrations pratiques avec l'olfactomètre et le pèse-vapeurs, par M. Ch. Henry. — Samedi 21 mars, à 8 heures 1/2 : *L'Hygiène à Paris*, par M. A. Martin. — Jeudi 26 mars, à 8 heures 1/2 : *L'Hygiène de l'habitation*, par M. A. Masson.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès commencera le 30 mars prochain.

HISTOIRE DES SCIENCES. — M. BERTHELOT, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, professeur au Collège de France, est chargé de publier, dans la collection de documents inédits de l'histoire de France, les « Registres du laboratoire Lavoisier. » (6e volume annexe des *Œuvres de Lavoisier*).

INSTITUT LIBRE D'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Sous le nom général d'Institut libre d'éducation physique, va s'ouvrir, dans la salle de la Société de géographie, 184, boulevard Saint-Germain, une série

de conférences et de cours sur toutes les parties de l'éducation physique. La première série de conférences sera faite par M. George Demeny, chef du laboratoire de la station physiologique (annexe du Collège de France) et collaborateur assidu de M. Marey. Elle s'ouvrira lundi soir, 9 mars, à huit heures et demie, par une causerie sur les *dernières applications de la photographie instantanée à l'étude des mouvements humains*. Cet attrayant sujet sera mis en lumière par de nombreuses projections de M. Molteni, d'après les clichés du laboratoire. Le prix des places numérotées, à chaque conférence, est fixé à 1 fr. pour les membres de la Ligue de l'éducation physique, à 3 fr. pour les personnes étrangères à la Ligue. Le nombre des fauteuils disponibles étant limité, on est prié de s'inscrire sans délai au siège social de la Ligue, 51, rue Vivienne.

INFLUENZA. — L'influenza sévit avec intensité à Shanghai et Yokohama. L'équipage du dernier courrier d'Indo-Chine a payé un large tribu à l'épidémie.

LA ROUGEOLE ET LA SCARLATINE DANS L'ARMÉE. — *Epidémie de Bergerac.* — On signale une grave épidémie de rougeole et de fièvre scarlatine dans la garnison de Bergerac composée du 108e d'infanterie. On évaluerait à près de 200 le nombre des malades, soit dix-sept à dix-huit par compagnie. Depuis le 1er février, dix-sept hommes sont morts. On ne connaît pas encore exactement les causes de l'épidémie. L'opinion publique prétend qu'elle serait due à la qualité des viandes consommées (?). Afin d'enrayer le fléau, l'autorité militaire a réduit le tableau de service. En outre, les locaux occupés par la troupe vont être désinfectés.

M. Baudouin, médecin principal de 1re classe du 12e corps, est allé ces jours-ci à Bergerac faire une enquête sur les causes de cette épidémie qui a occasionné tant de pertes dans les rangs du 108e. On n'en connaît pas encore les résultats. Mais, l'épidémie paraissant être en décroissance, l'opinion publique commence à se rassurer. D'énergiques mesures hygiéniques ont été prises. Toutefois (contrairement à ce qui a été annoncé d'abord), l'autorité militaire n'a pas donné de congés. On espère que, les heures de service ayant été diminuées, la santé des troupes ne tardera pas à devenir satisfaisante. A l'heure actuelle, il n'y a plus à l'hôpital militaire que onze malades.

L'HYPNOTISME D'APRÈS LES AVOCATS. — La conférence des avocats de Paris a discuté lundi dernier la question ci-dessous : « L'individu non médecin, qui se livre sur un tiers à des expériences hypnotiques, peut-il être poursuivi pour exercice illégal de la médecine ! » La conférence a adopté l'affirmative.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. N. PATOUILLARD, président de la Société mycologique de France, est chargé d'une mission scientifique en vue d'une exploration cryptogamique de la Tunisie.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier n° de la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie de Paris*, publiée par les professeurs.

STATION ZOOLOGIQUE DE PLOEN. — Une station zoologique va s'ouvrir cet été sur les bords du lac de Plön, dans le Holstein ; le gouvernement prussien lui a promis une subvention annuelle.

UNION DES FEMMES DE FRANCE. — Mercredi dernier, à quatre heures, M. le Dr Cadet de Gassicourt, membre de l'Académie de médecine, a fait, à l'Union des femmes de France, une conférence sur la prophylaxie des maladies infectieuses.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Cl. DANIEL, de la Seyne. — M. le Dr CABASSE (de Bourbonne-les-Bains). — M. le Dr CAYET (Vendin-le-Vieil). — M. le Dr TOLSKI, professeur de gynécologie à Moscou. — M. le Dr BRITTAN (de Bristol). — M. le Dr SCOTT, de Bishop's collège à Montréal. — M. le Dr CASTERA, de Portrets, qui vient de succomber aux suites d'une diphtérie infectieuse. — M. Moschuis EUSSATIADES, étudiant en médecine, d'origine grecque, interne à l'hôpital à Cette. — M. Théodore KOLEFF GOSPODINOFF, de nationalité bulgare, étudiant à Montpellier. — M. CATTIAUX, médecin à Heudicourt, conseiller général républicain de la Somme, est mort lundi dernier. Il était le frère de M. Cattiaux, conseiller municipal de Paris.

POSTES VACANTS. — Vendée et Loire-Inférieure, deux postes excellents avec la pharmacie. S'adresser au bureau du journal.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures.— M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie.* M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures,

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale* : M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. —*Clinique médicale* : M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON,
120, boulevard Saint-Germain.

DUPLAY (S.) et RECLUS (P.). — Traité de chirurgie. Tome IV par MM. Delens, Duplay et Gérard-Marchant. Volume in-4 de 953 pages avec 336 figures. — Prix . . . . 18 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Des formes frustes de la sclérose en plaques.

Leçon recueillie par A. SOUQUES, interne (médaille d'or) des hôpitaux.

Messieurs,

La sclérose en plaques cérébro-spinale, cette affection que caractérisent anatomiquement des lésions singulières dont je vous rappelais, il y a huit jours, les principaux traits, ne se présente pas toujours cliniquement avec le cortège à peu près spécifique des symptômes que je vous faisais constater chez deux de nos malades. Ces symptômes, vous disais-je, sont à la fois d'ordre céphalique et d'ordre spinal. Parmi ces derniers, je ne vous rappellerai que la paraplégie spasmodique et le tremblement intentionnel. Quant aux symptômes bulbaires et cérébraux, quelque complexes qu'ils soient en apparence, n'allez pas croire qu'ils puissent apparaître au hasard, sans règle ni système, qu'on puisse « tout voir » en un mot dans la sclérose en plaques. Cette affection est régie, comme les autres maladies chroniques du système nerveux, par des lois d'une fixité remarquable. Dans sa symptomatologie céphalique, vous ne rencontrerez que certains signes déterminés comme l'embarras de la parole, le nystagmus, un regard vague et fuyant, des vertiges, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, etc.

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau classique de la sclérose en plaques cérébro-spinale.

Je veux appeler votre attention aujourd'hui — et ceci nous servira d'introduction à l'étude des formes anormales — sur certaines manifestations moins bien connues, et avant tout sur quelques *troubles oculaires* tels que l'amblyopie et la cécité. Ne vous attendez pas à rencontrer ici cette papille atrophique blanche et nacrée qui se voit dans le tabes. Dans la sclérose disséminée — les planches que je mets sous vos yeux et que nous devons à l'obligeance d'un oculiste très distingué de Moscou, au Dr Maklakoff, me serviront de témoignage — dans la sclérose disséminée, dis-je, la papille quand elle est lésée est tantôt, et le plus souvent, simplement décolorée surtout sur le côté interne, tantôt jaunâtre, terne, comme voilée par un nuage à contours vagues et mal dessinés. Le contraste entre ces images ophtalmoscopiques est tellement frappant que toute espèce de confusion serait impossible.

Ce même contraste vous le retrouverez dans la symptomatologie oculaire des deux affections. Dans le tabes, même si le sujet est un syphilitique, la médication restera impuissante contre une cécité à évolution fatalement progressive. Dans la sclérose multiloculaire, au contraire, l'amblyopie et l'amaurose sont d'habitude éphémères, transitoires. Ici vous pourrez, presque à coup sûr, prédire la guérison ou l'amendement possible et l'avenir viendra confirmer vos prévisions dans l'immense majorité des cas. J'excepte, en effet, car il faut toujours en clinique faire quelques réserves, certains cas très exceptionnels où la cécité peut s'installer à demeure et devenir permanente. La raison de cet état amaurotique transitoire et passager c'est, à n'en pas douter, l'intégrité relative du cylindrax qui persiste, au sein des îlots scléreux, jusqu'à la dernière limite.

Autre caractère non moins important à connaître, c'est que la sclérose en plaques n'appartient pas à la catégorie des maladies fatalement progressives et incurables. Sa marche en effet est souvent entrecoupée par des *rémissions et des arrêts, même par des rétrocessions* possibles. Si je vous rappelle ce caractère de son évolution, c'est parce qu'il va tout à l'heure nous servir de guide dans le diagnostic des formes atypiques que nous allons aborder ensemble.

Laissez-moi encore, pour vous préparer à cette étude, vous mentionner quelques manifestations anormales. Les îlots de sclérose peuvent dans quelques cas frapper les cornes antérieures de la moelle. Les cellules de ces cornes, à l'instar des cylindrax, pourront bien continuer à fonctionner plus ou moins longtemps, mais il y a une limite à toute résistance et elles finiront peut-être à la longue par disparaître. Et, en conséquence de cette destruction, vous verrez survenir une *amyotrophie* plus ou moins prononcée. D'autre part, les troubles vésicaux, les douleurs, les anesthésies qui n'appartiennent pas davantage au cadre vulgaire de la sclérose en plaques, peuvent également survenir dans quelques cas exceptionnels et reproduire alors les *apparences de l'ataxie locomotrice progressive.*

Ce sont là des complications qui doivent vous faire entrevoir les difficultés de certains problèmes diagnostiques. Sans doute, lorsque le tremblement et la dysarthrie existent, que le tableau est complet, en un mot, ou à peu près, le diagnostic est écrit en gros caractères. Mais, comme je le disais déjà en 1877 : « Il n'est pas une seule des pièces de l'appareil symptomatique qui ne puisse faire défaut. Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, le tableau clinique de la sclérose en plaques se trouve dans certains cas réduit, à peu de chose près, à la seule contracture des membres inférieurs, avec ou sans rigidité concomitante des membres supérieurs. En pareil cas, *la coexistence actuelle ou passée de quelqu'un des symptômes dits céphaliques, tels que : nystagmus, diplopie, embarras particulier de la parole, vertiges, attaques apoplectiformes, troubles spéciaux de l'intelligence, cette coexistence, dis-je, fournirait déjà cependant un document d'une portée en quelque sorte décisive* (1) .»

Au surplus, ces formes atypiques ont déjà une histoire que je dois vous esquisser rapidement. Elle date du jour où une autopsie à surprise vint donner au diagnostic formulé durant la vie un démenti anatomique. C'était en 1877. A cette époque, deux exemples convaincants de ce désaccord anatomo-clinique furent publiés par M. Pitres (2), aujourd'hui doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, alors mon interne.

(1) Charcot. *Leçons sur les mal. du syst. nerv.*, t. II, p. 293.
(2) Pitres. *Contribut. à l'étude des anomalies de la sclérose en plaques.* (*Revue mensuelle*, 1877, p. 902).

Dans l'un d'eux, il s'agissait de paraplégie spasmodique; au lieu de rencontrer la myélite transverse que nous avions diagnostiquée durant la vie, non sans quelques réserves cependant, M. Pitres trouva des îlots de sclérose disséminés dans la moelle et dans le bulbe. Il trouva pareillement, dans le second cas, des foyers scléreux épars dans le système nerveux cérébro-spinal, alors que, du vivant du malade, nous nous étions rattachés au diagnostic de sclérose latérale amyotrophique.

Ces résultats imprévus nous mirent sur une voie nouvelle et devinrent pour nous un sujet de méditations et de recherches. Il arrivait sans doute à la sclérose multiloculaire ce qui, quelques années auparavant, était arrivé à l'ataxie locomotrice progressive. Duchenne, qui en avait tracé la première description fondamentale, n'avait vu et voulu voir que le type complet et classique. Mais on n'avait pas tardé à rencontrer des sujets — et j'en avais vu plusieurs pour ma part — qui ne répondaient pas au type de Duchenne, à qui il manquait tel ou tel signe vulgaire, l'incoordination motrice par exemple... De ce jour l'étude des formes anormales du tabes était inaugurée. En raisonnant par analogie nous fûmes donc amenés à soupçonner que la sclérose en plaques était appelée à subir le même sort.

Il fallait, pour résoudre le problème d'une manière péremptoire et irréfragable, trouver le moyen de reconnaître sur le vivant ces anomalies cliniques et contrôler le diagnostic à l'autopsie. L'occasion ne se fit pas longtemps attendre. En effet, le 23 décembre 1877, je pouvais montrer à mes auditeurs une malade chez laquelle la paraplégie spasmodique occupait à peu près seule la scène. Ayant déjà remarqué antérieurement que le tremblement est le signe qui disparaît de préférence, lorsque la sclérose multiple se dégrade, je n'hésitais pas à présenter cette malade comme un exemple de sclérose en plaques anormale (1). Je puisais mes principaux arguments dans l'évolution de la maladie. On trouvait en effet, dans son histoire passée, des vertiges, de la *diplopie* (2), de l'amaurose transitoire et peut-être un léger tremblement des mains, le tout ayant évolué en une série discontinue d'actes et d'entr'actes terminés depuis lors. Trois mois après, cette malade succomba et l'autopsie vint confirmer pleinement mon diagnostic. La planche que voici, dessinée à l'époque, vous représente fidèlement le siège de plusieurs plaques de sclérose éparses sur le cerveau, la moelle, le bulbe, les nerfs optiques, etc. (*Fig.* 13 à 18).

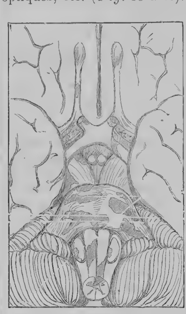


Fig. 13.

Fig. 14. — Coupe à la région cervicale supérieure.

Fig. 15. — Coupe au niveau du renflement cervical.

Fig. 16. — Coupe à la région cervicale inférieure.

Fig. 17. — Coupe à la région dorsale.

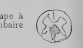


Fig. 18. — Coupe à la région lombaire supérieure.

C'est par un procédé que je vais vous indiquer que nous étions parvenu à reconnaître une sclérose en plaques dépouillée de ses attributs les plus caractéristiques, et, pour la première fois, le diagnostic avait été, je le répète, consacré par les résultats de l'autopsie.

En établissant, à cette époque, les éléments de ce diagnostic, en montrant que, sous le masque de la paraplégie spasmodique, syndrome banal, se pouvait cacher la sclérose multiloculaire, je disais que, afin de la démasquer, il fallait interroger les trois facteurs suivants :

1° *Les anamnestiques* : l'existence antérieure de vertiges, d'ictus apoplectiques, de cécité passagère, de tremblement.....

2° *Les signes concomitants*, que l'on constate souvent sous forme d'embarras de la parole, de diplopie, de nystagmus.....

3° *L'évolution* avec ses rémissions et ses rétrocessions si particulières.

C'est ainsi, Messieurs, que fut ouvert le chapitre de la sclérose en plaques anormale. Depuis cette époque, un certain nombre d'auteurs, entre autres M. Bouicli (1), un

(1) *Gazette médicale de Paris*, 8 janvier 1878.

(2) Charcot. *Diagnostic des formes frustes de la sclérose en plaques, Progrès médical*, 1879, p. 97. Cette diplopie, notée dans l'observation comme un phénomène de début, avait apparu après la guérison de l'amblyopie transitoire et persisté presque constamment pendant plusieurs années. Ainsi que le remarque M. Uhthoff, M. Charcot et son école ont montré que les paralysies des muscles de l'œil s'expliquent par les lésions scléreuses de l'abducens et du moteur oculaire commun, et que, dans la sclérose en plaques comme dans le tabes, les symptômes oculaires peuvent être initiaux. A ce propos, M. Uhthoff publie une très intéressante statistique. Sur 100 examens de sclérose multiloculaire envisagés au point de vue des paralysies des muscles des yeux, il a trouvé :

a). Parésie de l'abducens, 6 (2 fois double et 4 fois unilatérale).

b). Parésie de l'oculomoteur commun, 3 (toujours unilatérale et partielle).

c). Parésie des mouvements associés, 3.

d). Parésie de la convergence, 3.

e). Ophtalmoplégie externe, 2.

Soit au total, 17 cas de paralysie. Il est à remarquer que, contrairement à ce qui a lieu dans le tabes, la paralysie de l'abducens serait ici plus fréquente que celle du moteur oculaire commun, quoique considérées en bloc les paralysies des muscles de l'œil soient un peu plus fréquentes dans le tabes que dans la sclérose en plaques (20 au lieu de 17 0/0).

Il y a actuellement dans le service de la Clinique deux malades atteints de sclérose en plaques anormale (forme paraplégie spasmodique avec nystagmus). Tous les deux présentent de l'amblyopie et une paralysie unilatérale de l'abducens.

Chez l'un, on trouve une paralysie de la sixième paire gauche et de la diplopie avec images homonymes, dans le champ visuel à gauche, d'un écartement de un mètre et se fusionnant sur la ligne médiane. En outre, la papille droite est décolorée comparativement à celle du côté gauche, et l'acuité visuelle qui est normale de ce côté est au contraire très réduite dans l'œil droit où $V = \frac{5}{35}$.

Chez l'autre, il n'y a aucune altération du fond de l'œil, quoique la vision soit réduite dans l'œil gauche où $V = \frac{5}{20}$. Il est vrai d'ajouter que cette réduction de l'acuité visuelle est imputable à un strabisme congénital qui a duré jusqu'à l'âge de douze ans. Cette malade présente, en plus, une paralysie conjuguée de la sixième paire gauche sans diplopie actuelle. La diplopie aurait existé autrefois durant trois semaines environ. Aucun de ces deux malades n'offre de troubles pupillaires ni de rétrécissement du champ visuel.

(1) Bouicli. *Anomalies et formes frustes de la sclérose en plaques*. Th. de Paris, 1883.

élève de M. le professeur Debove, et M. Babinski (1), sont entrés dans cette voie et j'y suis revenu moi-même à plusieurs reprises dans mes leçons. En Allemagne, dans ces dernières années, cette question a été remise à l'ordre du jour. M. Strümpell, aujourd'hui professeur à Erlangen, consacrait en 1887, dans son livre, un remarquable article *à la sclérose multiloculaire et à ses anomalies*. M. Oppenheim (2), la même année, relevait sur ce même sujet quelques points intéressants.

1° La *mobilité des symptômes*.

2° Les *attaques apoplectiformes et les grands vertiges*. Ce sont là, pour vous le dire en passant, deux caractères déjà signalés par nous depuis très longtemps et que MM. Bourneville et Guérard (3) avaient également mentionnés.

3° La *recherche*, même en dehors des troubles visuels accusés par le malade, *des lésions du fond de l'œil*.

Il s'agit là d'un point de vue intéressant pour la pratique et sur lequel je veux insister tout particulièrement. Vous n'ignorez pas que parfois les lésions les plus nettes de la névrite optique ne produisent aucun trouble appréciable et qu'elles peuvent rester ignorées si on néglige de pratiquer l'examen ophtalmoscopique. Le fait n'est pas rare dans les tumeurs cérébrales. Eh bien, d'après M. Oppenheim, il en serait de même dans la sclérose disséminée; ici, pareillement, le secours de l'ophtalmoscope serait nécessaire pour découvrir des altérations de la papille dont aucun trouble visuel ne trahit l'existence. Et l'auteur fait remarquer à ce sujet que la paraplégie spasmodique, combinée à une lésion du nerf optique, peut être quelquefois l'unique indice de la sclérose multiloculaire. Sur vingt examens il a noté onze fois des altérations du nerf optique et retrouvé dans cinq autopsies cinq fois des plaques de sclérose dans l'opticus, le chiasma ou la bandelette.

Il est clair que la constatation, dans certaines formes anormales de sclérose en plaques, de lésions ophtalmoscopiques prendrait une importance diagnostique de premier ordre. C'est ici le lieu de signaler les importantes recherches de M. Uhthoff (4), lesquelles confirment d'ailleurs les résultats depuis longtemps annoncés sur cette même question par M. Parinaud et moi. (*Société de Biologie*, 22 juillet 1882. *Archives de Neurologie*, mars 1883. *Progrès médical*, 9 août 1884).

Cet auteur a examiné, sous le rapport des troubles visuels, cent malades atteints de sclérose en plaques. Chez quarante-cinq d'entre eux il a trouvé des lésions ophtalmoscopiques en rapport avec la sclérose multiloculaire : quarante présentaient une décoloration atrophique de la papille et les cinq autres de la névrite optique. Or, au point de vue subjectif, quelques-uns d'entre eux accusaient des troubles visuels divers et l'un d'eux — un seul, unique exception à la règle générale que je vous rappelais tout à l'heure — était frappé de cécité permanente, et encore celle-ci ne datait-elle que de six mois. Par contre, plusieurs de ces malades, porteurs de lésions ophtalmoscopiques, ne se plaignaient d'aucun trouble de la vision.

Autre détail bien conforme à nos connaissances sur l'évolution singulière de la sclérose en plaques: M. Uhthoff, ayant pu avoir des renseignements sur le mode de début et la marche des troubles visuels chez vingt-quatre de ses malades, constata que dans un tiers des cas l'amblyopie avait débuté brusquement, que onze fois la vision s'était considérablement améliorée au bout de quelque temps, que dans deux cas elle était redevenue tout à fait normale, qu'enfin plusieurs d'entre eux avaient présenté des alternatives d'aggravation et d'amélioration.

J'ajouterai que l'autopsie fut pratiquée dans six cas et que cinq fois les nerfs optiques furent trouvés lésés. Or dans un de ces cinq cas on n'avait constaté durant la vie aucun trouble visuel. Il est vrai de dire que les lésions trouvées à l'autopsie occupaient le segment postérieur des nerfs. Du reste, la portion intra-oculaire des nerfs optiques n'offre d'habitude que des lésions insignifiantes qui ne permettent pas plus de préjuger de l'étendue et de l'intensité des altérations rétro-bulbaires que des troubles visuels eux-mêmes.

Je n'ai pas besoin de souligner l'importance de l'examen ophtalmoscopique au point de vue du diagnostic des formes atypiques de la sclérose en plaques. Vous devrez désormais, de parti pris, aller à la recherche de ces lésions papillaires, que les malades accusent ou n'accusent point des troubles de la vision.

J'arrive maintenant à l'étude diagnostique des formes anormales ou *frustes* de la sclérose en plaques. Je dis frustes en appliquant cette épithète indifféremment aux formes effacées et aux formes incomplètes, en dépit des critiques de certains puristes. Fruste, nous disent-ils, signifie simplement effacé et ne peut par suite s'appliquer qu'à des choses ayant déjà existé et nullement à des choses inachevées, abortives, incomplètes. Eh bien, c'est là, à mon avis, un sens restreint et que je ne puis accepter. D'après Littré, fruste est un terme d'antiquaire qui s'emploie particulièrement pour les inscriptions et pour les médailles. Or, je lisais précisément, l'été dernier, un ouvrage d'un antiquaire très érudit, M. Diehl, ayant pour titre : *Excursions archéologiques en Grèce*, Paris, 1890, et j'y trouvais ces mots assez significatifs : « figure de pierre inachevée, fruste » et ailleurs : « marbre laissé fruste. » D'autre part, Trousseau, et Trousseau c'est un maître, employait ce mot dans ce même sens. Et c'est là, en vérité, sa signification véritable, car, en définitive, fruste vient du latin et frustum en latin veut dire fragment. « Frustum pueri », dit Plaute, pour dire avorton. Fruste signifie donc, en résumé, chose imparfaite, avortée, qui n'est pas arrivée à complet développement, non moins que chose usée, effacée. Une chose est fruste aussi bien par arrêt de développement que par effacement. Je dis donc et je répète fruste en parfaite connaissance de la valeur et de l'étymologie de ce terme et en parfait accord, n'en déplaise aux puristes, avec la grammaire et la vérité.

Mais laissons de côté ces considérations de linguistique où je me suis laissé entraîner et poursuivons notre étude.

Le tableau général des formes frustes de la sclérose en plaques peut se diviser en trois parties :

A). *Les formes atypiques ou frustes par effacement.* — Il s'agit ici de formes effacées, frustes dans le sens restreint des puristes. Ces formes sont le plus souvent représentées en clinique par une *paraplégie spasmo-*

(1) Babinski. *Etude anatomique et clinique de la sclérose en plaques*. Th. de Paris, 1885.

(2) Oppenheim. *Zur Pathologie der disseminirlen Sclerose. Berl. Klin. Woch.*, 1887, p. 904. — Voir aussi sur le même sujet Bruns de Hannover. *Berl. Klin. Woch.*, 1888.

(3) Bourneville et Guérard. *De la sclérose en plaques disséminées*. Paris, 1869.

(4) *Unters. über bei der multiplen Herdsclerose vorkomm. Augenstörungen. Arch. für Psych. und Nervenkr.* Bd XXI, Heft I. Voir aussi *Ueber die bei multiplen Herdsclerose vorkommende Amblyopie. Berl. Klin. Woch.*, 1889, p. 514.

dique simple ou compliquée de paralysie des réservoirs, d'eschares, etc., et revêtant dans ce dernier cas les apparences de la myélite transverse.

Lire alors l'inscription n'est pas toujours chose facile. Pour y parvenir, il vous faudra rechercher les accidents concomitants, tels que l'embarras de la parole, l'hébétude du facies, le nystagmus, les paralysies oculaires, les lésions de la papille..... qui peuvent compliquer la paraplégie. Il vous faudra ensuite vous enquérir avec soin du passé, du mode de début, savoir s'il n'a pas existé jadis des vertiges, de la diplopie, des ictus apoplectiformes, de la cécité passagère, du tremblement intentionnel des mains....., bref, un ou plusieurs des nombreux symptômes de la sclérose en plaques qui se seraient effacés depuis lors en partie ou en totalité. Cette enquête faite méthodiquement, il ne vous restera plus qu'à interroger l'évolution de la maladie avec ses arrêts et ses rémissions si caractéristiques. Je me propose de vous montrer tout à l'heure un exemple très remarquable de sclérose en plaques fruste appartenant à cette catégorie.

(B). *Les formes atypiques abortives ou frustes primitives.* — Ici la maladie a subi un arrêt de développement et n'est jamais arrivée au type parfait. Cette forme anormale est également représentée d'ordinaire par la paraplégie spasmodique. Vous baserez donc votre diagnostic sur les mêmes principes et procéderez de la même façon. Rarement l'anamnèse restera entièrement stérile ; vous relèverez le plus souvent dans l'interrogatoire l'existence passée de vertiges, d'attaques apoplectiformes ; vous trouverez dans votre examen quelques phénomènes actuels qui vous mettront sur la voie et finalement vous ferez appel à la marche si originale de l'affection. Une investigation ainsi conduite doit mener presque infailliblement au diagnostic. Je vais dans quelques instants vous en donner la preuve.

(C). *Les formes atypiques ou frustes par intervention de phénomènes insolites.* — Ce qui caractérise les faits de ce genre et ce qui vient encore compliquer la situation, c'est l'intervention de quelques signes surajoutés qui n'appartiennent pas à la symptomatologie habituelle de la sclérose multiloculaire ou qui ne s'y montrent qu'exceptionnellement. La sclérose en plaques se présente ici sous trois variétés principales :

1° *La variété hémiplégique.* — L'hémiplégie, sous forme d'hémiplégie cérébrale, n'est pas absolument étrangère à la sclérose multiple, mais elle n'y est d'ordinaire que transitoire. Quelquefois elle peut pourtant s'installer d'une manière définitive et devenir le signe prédominant. Vous avez alors devant vous la forme hémiplégique, cette variété si curieuse déjà indiquée par M. Bouicli, dont M. Babinski a fait une très bonne étude dans sa thèse inaugurale et dont je vous montrerai dans une prochaine leçon un exemple démonstratif.

2° *La variété « tabétique ».* — L'anomalie dépend ici de l'adjonction de phénomènes tabétiques. Ici vous verrez figurer au tableau les douleurs fulgurantes, le signe de Romberg....., l'incoordination motrice peut-être. C'est que, dans l'espèce, la lésion prédomine dans les faisceaux postérieurs de la moelle, car on n'a pas signalé, que je sache, de combinaison de sclérose en plaques et de tabes proprement dit. Nous éliminons ici, cela va sans dire, la maladie juvénile que l'on appelle ataxie héréditaire ou de famille, dans laquelle on constate des signes de tabes et des signes de sclérose disséminée. La maladie de Friedreich constitue, en effet, une entité morbide autonome et très spéciale.

Dans ces cas insolites qui simulent le tabes, pour asseoir votre diagnostic, vous rechercherez encore les vertiges, les ictus, la dysarthrie, le nystagmus, les rémissions..., tous symptômes qui n'appartiennent point à l'ataxie locomotrice. Si toutefois dans vos recherches vous trouviez de l'amaurose, n'allez pas conclure au tabes sans plus ample informé. L'ophtalmoscope vous montrera ici que cet accident relève d'une atrophie papillaire à bords diffus et nuageux.

3° *La variété « latérale amyotrophique ».* — Voici certes une combinaison de symptômes bien singulière et bien inattendue. Son existence n'est pourtant pas douteuse. M. Pitres, dans le travail que je vous citais tout à l'heure, en a rapporté un exemple convaincant, et MM. Déjerine et Skolosubow en ont constaté un cas chacun de leur côté. Quelque singulière que puisse vous paraître cette variété, il est cependant aisé de la concevoir et d'en fournir une juste interprétation. Vous savez que la paraplégie spasmodique généralisée aux quatre membres est chose possible dans la sclérose multiloculaire. Or, c'est là précisément un des signes fondamentaux de la sclérose latérale. D'autre part, certaines manifestations bulbaires, autres que la dysarthrie, comme la difficulté de la déglutition, ne sont pas tout à fait exceptionnelles dans la sclérose en plaques et je vous en montrerai un exemple frappant. Ne sont-ce pas là aussi des signes de sclérose latérale ? Enfin les cellules des cornes antérieures, comme je vous l'ai déjà dit, peuvent être frappées de destruction irrémédiable par des îlots scléreux, et cette destruction peut produire une atrophie musculaire avec secousses fibrillaires et, au dernier terme, réaction dégénérative, absolument comme dans la sclérose amyotrophique.

L'interprétation pathogénique de cette simulation est donc facile ; il n'en est pas de même du diagnostic. Il faut avant tout, pour éviter les méprises, être prévenu de ce fait que la sclérose en plaques peut simuler la sclérose latérale. Prévenus de cette simulation possible, vous invoquerez, pour la dépister, les principes que je vous rappelais en commençant et auxquels je n'ai rien à ajouter, c'est-à-dire que vous interrogerez le passé, le présent et l'évolution morbide. Et si le malheur veut que vous ne découvriez dans cette triple investigation aucun des symptômes qui appartiennent exclusivement à la sclérose multiloculaire, eh bien, vous commettrez presque fatalement une erreur de diagnostic. Mais commettre une erreur après avoir mis en œuvre tous les moyens de l'éviter, c'est au moins sauver l'honneur, ce qui est bien quelque chose.

Nous allons maintenant examiner ensemble quelques malades qui vont nous permettre de constater *de visu* la réalité de ces formes frustes et d'appliquer les principes nécessaires à leur diagnostic.

Voici d'abord une femme du nom de B...y. C'est un exemple très suggestif de sclérose atypique *par effacement, fruste* dans le sens étroit du mot. Chez elle, toute la symptomatologie classique a existé autrefois et s'est en grande partie effacée avec le temps. Assurément la maladie peut encore être reconnue aujourd'hui, mais, à coup sûr, seulement par celui qui possède la formule, je veux dire les notions fondamentales pour le diagnostic de ces formes frustes. Vous voyez que ses mains ne tremblent plus, que sa démarche est facile quoique un peu titubante. Les réflexes rotuliens sont encore exagérés, mais la trépidation spinale

fait défaut. Vous pourriez peut-être songer à une myélite transverse, à une lésion cérébelleuse, à la maladie de Friedreich. Détrompez-vous ; ces diverses affections ne sont point en cause.

Rappelez-vous seulement que, de par l'étude que nous avons déjà faite, la sclérose en plaques est possible avec une pareille symptomatologie. Nous allons, du reste, pour être fidèles à nos principes, interroger le passé et rechercher les phénomènes concomitants, et vous allez voir que, à ce double point de vue, nous allons obtenir toute satisfaction. Ecoutez cette parole lente et saccadée, voyez ce nystagmus latéral. Nous arrivons donc, rien que par cette simple constatation, à de grandes probabilités. Pour faire revivre le passé, il va vous suffire d'écouter le récit de la malade ; elle va vous apprendre qu'elle a eu autrefois des vertiges et du tremblement intentionnel. Elle tremblait, dit-elle, « comme M. R... bes ». Or, R... bes c'est cet infortuné que je vous présentais mardi dernier et qui vous a présenté le type parfait du tremblement de la sclérose en plaques. Dans la station assise, dans le décubitus, dans l'immobilité, elle ne tremblait point, mais dès qu'elle voulait se lever, prendre un objet pour le porter à sa bouche par exemple, aussitôt son corps, ses mains étaient agités de secousses progressivement croissantes. Ajoutez à ce tremblement les grands vertiges qu'elle éprouvait et vous aurez l'explication de ces chutes fréquentes qu'elle nous a racontées et qui, à deux reprises différentes, ont occasionné une fracture de jambe.

Aux renseignements fournis par l'anamnèse, si vous joignez les accidents actuels: paraplégie spasmodique, embarras particulier de la parole, nystagmus, vous serez, je pense, entièrement fixés sur la nature de la maladie présente. Mais il y a encore, dans l'histoire de cette femme, des faits très importants à relever, parce qu'ils jettent un certain jour sur l'étiologie, sur le mode de développement de la sclérose multiloculaire, et fournissent en même temps des arguments décisifs pour le diagnostic.

Déjà, mardi dernier, à propos de R...bes, chez qui le mal avait débuté au cours d'une pneumonie, je vous faisais remarquer que la sclérose en plaques se développait souvent à la suite d'une maladie infectieuse ou d'une maladie aiguë. C'est là, vous disais-je, un point sur lequel M. Marie, dans un très intéressant mémoire (1), a insisté avec beaucoup de raison. Le cas actuel vient incontestablement à l'appui de cette manière de voir. C'est en effet dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, vers le douzième jour, que l'affection a débuté chez cette malade. Ce début s'est fait au milieu d'accidents comateux rapportés au rhumatisme cérébral et à juste titre, je crois. Il se pourrait cependant que les attaques apoplectiformes de la sclérose en plaques se fussent, à l'origine, entremêlées avec les manifestations comateuses du rhumatisme cérébral, de façon à constituer une espèce d'état mixte. Cette supposition me semble légitimée par certains détails. Vous allez, au reste, pouvoir en juger vous-mêmes en écoutant certains passages de l'observation que je vais vous lire et que j'emprunte à une note lue par M. Féréol à la Société médicale des hôpitaux en 1877 (2).

Le 24 juillet 1876 — il y a donc quinze ans de cela — M. Féréol fut appelé dans un service voisin pour voir une malade « atteinte, dit-il, de rhumatisme articulaire aigu depuis douze jours, et chez laquelle des accidents cérébraux graves s'étaient déclarés depuis quelques heures. »..... « Je trouvai, continue-t-il, une femme agonisante, d'une pâleur cadavérique, les lèvres violettes, les ongles bleus, dans une résolution complète et absolument insensible à toute excitation....., le pouls radial était imperceptible, les extrémités froides, la température vaginale donnait près de 42°. En un mot, c'était une mourante dont les instants ne se chiffraient plus même par heures mais par minutes. »

On lui donne un bain froid vers onze heures du matin. Lorsqu'elle fut replacée dans son lit, « bientôt il parut évident — c'est toujours M. Féréol qui parle — qu'une nouvelle phase commençait; la malade eut quelques tremblements fibrillaires dans les muscles de la face, puis il se produisit de la raideur tétanique des membres, de l'opistothonos..... Peu à peu, cette phase convulsive augmenta ...., la vie revenait, mais avec elle se manifestaient des *phénomènes d'excitation bulbo-spinale qui tenaient à la fois du tétanos, de la chorée et de l'épilepsie.* »

On lui donna successivement sept bains en dix-huit heures de temps. Elle était toujours dans une agitation extrême: « La tête en opistothonos, la face grimaçante, poussant des vociférations énergiques, elle avait tout le corps secoué par une véritable folie musculaire..... La nuit se passa dans une agitation convulsive, avec quelques moments de répit ..... A la visite du matin, je trouvai une amélioration réelle. La malade parlait, répondait juste et sans délire..... Dans la journée du 25 juillet, les douleurs rhumatismales reparurent aux articulations des deux poignets et du genou droit, avec un peu de fièvre....., le lendemain il n'y avait plus qu'un peu de douleur au poignet gauche, et, le surlendemain, toute douleur avait disparu. »

Ecoutez attentivement, je vous prie, la suite du récit: « Cependant l'amélioration se maintenait. Il était évident que la malade allait guérir. La convalescence fut fort longue et l'*agitation choréiforme persista ; toutes les fois que la malade voulait remuer un membre, le mouvement se faisait par saccades; la parole était lente, scandée, comme dans certaines scléroses en plaques*. L'*intelligence* était nette, mais avec une *nuance marquée d'enfantillage.* Le 30 juillet, il y eut retour très accentué de douleurs rhumatismales qui se généralisèrent les jours suivants; cette fluxion articulaire dura une huitaine de jours. Pendant cette crise, les *mouvements choréiformes* augmentèrent encore et ils *persistèrent jusqu'à la sortie* de la malade qui eut lieu le 2 septembre. A ce moment, la *marche* était encore impossible; il y avait une *incoordination motrice très accusée, et tous les mouvements étaient irréguliers, exagérés, choréiques.* Cet état a persisté fort longtemps et persiste peut être encore aujourd'hui. L'interne du service, M. Avezou, a été visiter la malade chez elle en novembre dernier, et il l'a trouvée à peu près dans le même état: elle marchait cependant en se tenant à une corde tendue au travers de la chambre, mais les *mouvements des jambes étaient toujours très irréguliers, la parole toujours saccadée, un peu hésitante et bredouillée; il est bon de dire que ses muscles au repos ne sont pas agités de secousses involontaires; c'est seulement dans les mouvements actifs que l'agitation choréiforme apparaît.* »

Vous avez reconnu dans ces lignes la description très précise et très transparente de l'embarras particulier de

(1) P. Marie. *Sur la sclérose en plaques chez les enfants. Revue de méd.*, 1883.

(2) Féréol. *Note sur l'efficacité des bains froids dans le rhumatisme cérébral. Soc. méd. des hôp.*, 8 juin 1877.

la parole et du tremblement intentionnel. Rien, pas même le moindre détail, n'a échappé à la finesse de l'observateur qui a, pour ainsi dire, touché le diagnostic du doigt.

Le passage suivant est bien fait, il me semble, pour donner une haute idée de la justesse de vue et de la perspicacité du clinicien. « Par malheur, poursuit M. Féréol, la guérison n'a pas été aussi complète que nous l'aurions désiré ; la *persistance de cette singulière chorée fait craindre qu'il n'y ait là dans l'axe cérébro-spinal quelques lésions inflammatoires persistantes du genre des scléroses ; cependant le sujet est jeune et il n'est pas impossible qu'avec le temps les traces de l'inflammation se résorbent, au moins en grande partie*. C'est déjà quelque chose d'avoir la vie sauve. »

J'ai tenu à vous donner lecture de tous ces détails ; ils ont été écrits par un des observateurs les plus fins et les plus distingués parmi nos collègues des hôpitaux. Tout y est, peut-on dire, et avec toute la précision désirable. Un pas de plus et le diagnostic était formulé.

La malade, âgée aujourd'hui de 41 ans, qui fait le sujet de cette remarquable observation, c'est, vieillie de quinze ans, la femme que vous avez sous les yeux. Ainsi donc, sa maladie s'est développée dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu ; elle a progressé insensiblement et a fini par atteindre la forme complète et typique de la sclérose cérébro-spinale. Pendant les quatre premières années qui suivirent son rhumatisme, B...y resta confinée au lit, incapable, à cause du tremblement, de boire et de manger seule. En 1880, elle entra dans le service de Lasègue où elle resta deux ans environ; c'est durant ce séjour à l'hôpital qu'une rémission se produisit: le tremblement s'atténua et la marche devint possible. Depuis lors, cette amélioration s'est accentuée peu à peu, à tel point qu'aujourd'hui l'inscription est effacée et difficile à lire. En effet, le tremblement a disparu, la marche n'est plus profondément troublée, l'intelligence et la mémoire ne sont pas sensiblement affaiblies. Il ne lui reste que l'embarras de la parole, le nystagmus et la démarche à la fois titubante et spasmodique ; en un mot, la sclérose multiple est, pour ainsi dire, réduite à sa plus simple expression.

Cet exemple vous montre avec évidence que le tableau complet peut se dégrader, s'user, s'effacer et la maladie s'acheminer vers la guérison. Il n'y a, du reste, aucune raison pour que l'amélioration reste en route. On a cité des exemples de guérison totale et complète; mais je crois qu'on est autorisé à rester aujourd'hui quelque peu sceptique sur ce point. Dans ces deux dernières années, nous avons appris à connaître le tremblement hystérique qui, sous une de ses formes (type Rendu), simule à s'y méprendre celui de la sclérose en plaques. Il est très probable que cette simulation n'a pas toujours été démasquée et que, vraisemblablement, un certain nombre de ces cures radicales de la sclérose multiloculaire, doivent être reportées à l'actif de l'hystérie.

A côté de cette sclérose fruste par effacement, il me reste à vous montrer un exemple de sclérose fruste primitive, abortive. Vous allez voir qu'elle est néanmoins parfaitement reconnaissable. Héloïse R... est âgée de trente ans ; elle a eu dans sa jeunesse des ennuis et des malheurs que je passerai sous silence. Le début de sa maladie date déjà de neuf ans ; il a été marqué par de la gêne dans la marche qui est vite devenue titubante et fortement troublée. La parole lente et scandée, des vertiges se sont montrés à une époque très voisine du début. Durant un court séjour qu'elle fit, il y a cinq ans, à l'hôpital de Troyes, elle fut prise d'une amaurose complète qui disparut au bout de trois semaines sans laisser aucun reliquat, aucun trouble visuel.

Telle est, Messieurs, son histoire passée. Actuellement, la symptomatologie est représentée par une paraplégie spasmodique avec exagération des réflexes rotuliens et trépidation spinale, par du nystagmus, par la dysarthrie typique et par une diplopie due à l'existence de paralysies associées. Il s'agit là d'un cas fruste, fruste parce qu'il n'y a pas trace de tremblement intentionnel et qu'il n'y en a jamais eu, fruste parce qu'il s'y est adjoint des phénomènes bulbaires, tels que nasonnement, difficulté de la déglutition avec retour des liquides par le nez, tous phénomènes étrangers au tableau vulgaire de la sclérose disséminée.

Depuis cinq ans que je connais cette malade, son affection est restée stationnaire, et la grippe qui l'a fortement éprouvée, l'hiver dernier, n'a amené aucune aggravation appréciable dans son état.

J'en ai fini pour aujourd'hui avec cette étude générale sur les formes frustes de la sclérose en plaques. Vous connaissez maintenant les principes et la méthode qu'il faut appliquer pour arriver à un diagnostic ferme. J'ai l'intime conviction que, si vous les mettez en pratique, vous trouverez le plus souvent, même dans les cas difficiles, la véritable solution du problème.

GYNÉCOLOGIE

Du plan incliné dans certaines laparotomies : huit cas ;

par le Dr H. DELAGÉNIÈRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien au Mans.

I.

Lorsque l'on fait une laparotomie pour une affection d'un organe du petit bassin, on est toujours plus ou moins gêné par les intestins. Ils se mêlent aux doigts de l'opérateur, s'enchevêtrent entre les organes, enfin masquent à la vue la lésion pour laquelle on intervient. Parfois même la présence des anses intestinales constitue une des plus grandes difficultés opératoires, lorsqu'on est en présence d'adhérences situées profondément. Pour remédier à cet inconvénient, les chirurgiens ont recours à l'une des méthodes suivantes.

Les uns (Lawson Tait, les élèves et les imitateurs de Spencer Wells, etc.) font l'incision de la paroi très petite, atteignent la tumeur avec deux ou trois doigts et agissent *sans voir*, sans se préoccuper de l'intestin. Le repère est la tumeur que l'on suit dans ses moindres contours, en se guidant presque exclusivement sur les indications fournies par le toucher.

Cette manière de faire expose à des inoculations faciles de la cavité séreuse, quand il s'agit de lésions infectieuses, et c'est pour se prémunir contre ce danger que les chirurgiens qui y ont recours doivent employer fréquemment les grands lavages péritonéaux et le drainage du péritoine.

D'autres opérateurs préfèrent y voir clair. L'ouverture de la paroi est grande ; elle dépasse souvent l'ombilic en haut. Les intestins sont découverts et un aide les refoule vers le diaphragme. Notre maître, M. Championnière, remplace les mains de l'aide par une grosse éponge qui fait une barrière complète entre la cavité pelvienne et la grande cavité séreuse.

Les grandes incisions permettent certainement d'y voir un peu, mais cet avantage est encore relatif. Lorsque la lésion est profonde, on se trouve dans des conditions sensiblement les mêmes que dans la méthode anglo américaine. D'ailleurs, les mains de l'aide, les éponges, les compresses, tiennent de la place dans le ventre. Les intestins luttent sans cesse contre la barrière qu'on leur oppose ; ils glissent sous l'éponge ou la compresse, passent entre les doigts de l'aide ; enfin ils gênent constamment l'opérateur.

Nous avons tour à tour employé ces deux méthodes dans nos premières laparotomies et nous avons pu nous convaincre de l'impossibilité pratique, dans certains cas, d'explorer la cavité de Douglas et de voir dans le fond du petit bassin. Plusieurs opérations nous ont même laissé quelque doute dans l'esprit au sujet du nettoyage de la cavité de Douglas et de blessures faites au rectum dans le cours de l'intervention.

Ces raisons me déterminèrent à essayer le plan incliné. Mon collègue et ami, M. le Dr Marcel Baudouin m'y engageait fortement de son côté. Il avait vu récemment M. le Dr Kummell (de Hambourg) y avoir recours pour un cas de salpingo-oophorectomie, et il avait été très frappé des avantages de la méthode. Il me rassura en outre contre les dangers de la chloroformisation, qui lui avait paru être aussi facile que dans le décubitus dorsal. Enfin, il insista tout particulièrement sur le double avantage d'avoir l'utérus au niveau de l'incision et de voir facilement dans le bassin.

II.

Je fis construire une sorte de pupitre en bois blanc, large de 45 centimètres, et dont les plans inclinés forment avec l'horizon un angle de 45°. Je place ce pupitre sur une table ordinaire, assez longue (1 m. 63) pour que l'on puisse y étendre la malade à plat, en supprimant le plan incliné, si le décubitus dorsal devient nécessaire à un moment de l'opération. Cette table a 0,50 centimètres de largeur, et sa hauteur mesure 0,72 cent. (Voir *Fig.* 19).

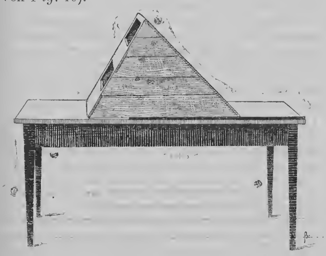


Fig. 19. — Table et plan incliné.

Le pupitre peut reposer indistinctement sur l'une ou l'autre de ses faces, dont les longueurs sont inégales, à dessein, afin de pouvoir servir à des sujets de taille différente. En effet, une des faces mesure 0,80 cent. et l'autre 0,85 cent. Dans les deux cas, la malade est accrochée par les jarrets à l'angle supérieur du pupitre qui est arrondi. Les jambes restent pendantes sur le côté ouvert du pupitre et sont fixées avec des serviettes à la traverse disposée à cet effet. Les cuisses, le bassin, le



Fig. 20. — Malade placée sur le plan incliné.

dos reposent sur le plan incliné pendant que la tête et le cou sont légèrement soulevés par un oreiller placé sur la table. La *Figure* 20 donne une idée assez exacte de la situation de la malade.



Fig. 21. — Le plan incliné pendant l'opération.

La tête est tournée vers la fenêtre, de façon que le jour vienne éclairer l'abdomen. Le *chloroformisateur*, assis au bout de la table, est placé derrière la tête de la malade. Le *chirurgien* peut se mettre indifféremment d'un côté ou de l'autre ; néanmoins, selon l'habitude qu'il aura de se servir de l'une ou l'autre de ses mains, il devra se rappeler *que la main en rapport avec le pupitre se trouve gênée dans une certaine mesure*, ainsi qu'on pourra s'en convaincre en examinant la *Figure* 21 (1). L'aide sera en face de l'opérateur.

(1) Ces trois figures sont la reproduction exacte de photographies que nous devons à l'extrême obligeance de M. Viot, photographe au Mans.

*

III.

Nous allons maintenant examiner les principaux avantages sur lesquels le chirurgien pourra compter pendant les principaux temps de l'opération.

A. *Chloroformisation.* — Elle se fait aussi bien, sinon mieux. Jamais, sur les 8 opérations qui sont relatées dans le courant de ce travail, je n'ai eu d'inquiétudes à ce sujet, et cependant dans deux cas j'avais affaire à deux malades tuberculeuses, et dans un autre cas à une cardiaque. Mon collègue et ami, M. le Dr Bolognési (du Mans), a chloroformisé toutes ces malades, et il a cru remarquer qu'il fallait une dose de chloroforme encore moindre que dans le simple décubitus dorsal (1). La seule difficulté, selon lui, consiste à soulever constamment le menton de la malade afin d'empêcher le refoulement de l'épiglotte par la langue. En prenant cette précaution, la malade respire avec la même tranquillité et ne présente aucun phénomène anormal.

Le *placement de la malade* sur le plan incliné est facile ; on doit attendre que le sommeil anesthésique soit complet pour éviter le réveil ou des vomissements. On l'accroche par les jarrets au sommet du pupitre, et aussitôt on assujettit ses jambes à la traverse, au moyen de deux serviettes. A ce moment, la malade doit ressembler à un animal nouvellement sacrifié, suspendu par les membres inférieurs ; les intestins fuient vers le diaphragme, la paroi abdominale s'affaisse, et souvent on voit alors apparaître au-dessus du pubis des tumeurs pelviennes, invisibles dans le simple décubitus. La *Figure* 21, faite d'après une photographie, permet facilement de se rendre compte de l'effet produit aussitôt après la suspension de la malade. Dans le cas dont il s'agit et qui est rapporté un peu plus loin (voir Obs. VI), la tumeur n'était pas visible dans le décubitus dorsal.

B. *Incision.* — L'*incision de la paroi abdominale* est considérablement simplifiée ; on ouvre *un ventre vide* au lieu d'inciser la séreuse sur les intestins. Il en résulte une grande sécurité dans l'ouverture de l'abdomen, et, par suite, l'exécution de ce temps opératoire peut être très rapide. Au point de vue de l'étendue, l'incision, toutes choses étant égales, serait toujours plus petite que dans les cas habituels. En effet, nous verrons plus loin que, dans cette situation déclive, les organes pelviens se rapprochent de la paroi, et que la cavité pelvienne est plus accessible à la vue.

C. *Exploration.* — L'*exploration* constitue le temps le plus délicat de l'opération. Nous distinguerons trois cas, suivant qu'il y a ou non des adhérences de l'intestin, et suivant qu'on se trouve dans des conditions absolument exceptionnelles, par exemple dans des cas d'anomalies.

1° *Il n'y a pas d'adhérences intestinales aux organes pelviens.* Dès que l'abdomen est ouvert, la malade étant parfaitement et complètement endormie, l'utérus vient pour ainsi dire se présenter au niveau de la plaie. La vessie est toujours très visible en avant ; enfin, en réclinant d'un côté ou de l'autre une des lèvres de l'incision, on peut facilement voir les ligaments larges et les annexes. La cavité de Douglas est encore cachée à la vue, mais il suffit pour la mettre à découvert de refouler l'utérus vers le pubis. Elle apparaît alors, peut être facilement explorée ainsi que la face antérieure du rectum. On conçoit que dans ces conditions une extirpation des annexes soit facile. Les deux observations suivantes prouveront, du reste, cette manière de voir.

Observation I (Résumée). — *Ovaires kystiques et salpingites. Double salpingo-oophorectomie. Guérison.*

La nommée L'H... Juliette, âgée de 31 ans, ouvrière, demeurant au Mans, est opérée le 18 novembre 1890 (1). Chloroforme par le Dr Bolognési, du Mans. Assistance par le Dr Marcel Baudouin (de Paris). Etaient présents : MM. les docteurs Bruneau, de Réné ; Codet, de Conlie ; Garnier, Leroy, Persy et Vincent, du Mans.

La malade est placée tout endormie sur le plan incliné. Ses intestins tombent vers le diaphragme, ce qui fait paraître le ventre aplati. Je fais une incision sous-ombilicale de 8 centimètres environ, la séreuse est ouverte avec la plus grande facilité, sans crainte de blesser les intestins qui ne sont plus à ce niveau. L'utérus se présente de lui-même dans l'ouverture ; les intestins se tiennent d'eux-mêmes à distance, sous la seule influence de la pesanteur ; une compresse de lint est appliquée sur eux, afin de les isoler du champ opératoire. Les annexes de droite sont faciles à voir et à attirer dans la plaie. Je les excise sur un fil à boucle passée, puis cautérise le pédicule au thermo-cautère.

A gauche les annexes sont culbutées dans le cul-de-sac de Douglas, où on les découvre en refoulant légèrement l'utérus en avant. Elles sont légèrement adhérentes au rectum, d'où je les détache facilement. Enfin je les excise, comme de l'autre côté, sur un fil à boucle passée et cautérise le pédicule. Avec un tampon j'essuie avec soin et *de visu* le cul-de-sac de Douglas, qui contient un peu de liquide écoulé des mains. La fermeture de la paroi à deux étages est faite en commençant par la partie supérieure de la plaie ; dans la partie inférieure en effet, *on est absolument sûr de ne pas blesser les intestins* en plaçant le dernier fil. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. Durée totale, 25 minutes. Chloroforme de Dumouthiers, 22 gr. ; excellent sommeil. La marche de l'opération a été des plus simples. La malade a quitté la maison de santé trois semaines plus tard, et depuis elle se porte parfaitement.

Observation II (Résumée). — *Ovaires et trompes kystiques. Métrorrhagies et douleurs abdominales vives. Double salpingo-oophorectomie. Guérison.*

La nommée X..., sœur de l'Enfant-Jésus, âgée de 26 ans, demeurant au Mans, est opérée sur le plan incliné, le 10 février 1891. Chloroforme par le Dr Bolognési du Mans. Assistance par le Dr Marcel Baudouin (de Paris).

Dès que la malade est sur le plan incliné, le ventre prend immédiatement l'aspect du ventre en bateau. Une incision sous-ombilicale de 12 cent. est pratiquée, puis la séreuse ouverte facilement sans crainte de léser l'intestin, qui a disparu dans la concavité du diaphragme. La cavité pelvienne est libre ; l'utérus apparaît petit, régulier ; les annexes du côté gauche paraissent sessiles sur le bord du ligament large ; elles sont pédiculées sur l'angle utérin, puis excisées sur un double fil en chaîne. A droite même disposition, et même intervention. De ce côté cependant, il existe une adhérence de la trompe à l'intestin. Cette adhérence est facile à trouver, *car une anse d'intestin est restée comme suspendue dans l'excavation pelvienne* ; rien n'est dès lors plus facile que de disséquer cette adhérence. Les deux pédicules sont touchés au thermo-cautère, puis la cavité de Douglas nettoyée à ciel ouvert. Suture de la paroi à deux étages, en commençant par la partie supérieure de la plaie. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. La marche n'a rien présenté de particulier ; la malade peut être considérée comme guérie.

---

(1) M. le Dr Bolognesi a adopté pour toutes les chloroformisations la *méthode des doses faibles et continues*. Il l'a appliquée avec la même sécurité dans ces 8 cas particuliers.

(1) Cette observation est citée par Marcel Baudouin dans un travail sur le *Raccourcissement intra-abdominal des Ligaments utérins*, comme étant le premier cas de laparotomie faite en France avec le plan incliné. (*Gaz. des Hôp.*, 13 décembre 1890, p. 1330).

2° *Il y a des adhérences de l'intestin aux organes pelviens.* L'abdomen ne présente pas le même aspect ; il n'est pas autant creusé en bateau et souvent même, à première vue, il a la même apparence que dans le décubitus dorsal. Pendant l'incision de la paroi on doit prendre garde à l'intestin qui est maintenu dans la cavité pelvienne, et lorsque l'abdomen est ouvert on ne remarque d'abord aucune différence. Les anses intestinales masquent tous les organes pelviens, absolument comme lorsque la malade est couchée sur une table plate. L'analogie cesse d'exister dès que l'on a plongé la main dans l'abdomen. On ne trouve dans le bassin que les anses qui y ont contracté des adhérences; les autres ont obéi à la pesanteur et se sont déjà rétractées vers le diaphragme. Les intestins qui gênent l'opérateur sont en quelque sorte suspendus par leurs adhérences; par suite, celles-ci sont faciles à trouver, faciles à explorer, faciles à déchirer et à disséquer, puisqu'on les a sous les yeux. Rien de plus simple dès lors que de procéder avec méthode, et de détacher les anses adhérentes les unes après les autres, de vérifier à mesure les lésions que peuvent présenter l'intestin et l'organe dont on l'a détaché. Chaque anse une fois libérée disparaît. Dès qu'on l'abandonne à elle-même, elle se porte vers le diaphragme et laisse libre la cavité pelvienne, c'est-à-dire le champ opératoire. J'ai fait cette remarque dans la plupart des opérations que j'ai pratiquées avec le plan incliné, mais dans aucune le phénomène n'a été plus net ni plus probant que dans l'observation suivante.

Observation III (Résumée). — *Rétroversion, ovario-salpingites. Double salpingo-oophorectomie et hystéropexie. Guérison.*

La nommée D... Octave, âgée de 35 ans, journalière, demeurant au Mans, est opérée le 23 décembre 1890, sur le plan incliné. Chloroforme par le Dr Bolognési du Mans. Assistance par le Dr Marcel Baudouin (de Paris). Incision sous-ombilicale de 8 centimètres. L'ouverture de la séreuse doit être faite avec précaution, car le ventre n'a pas l'aspect en bateau et il est probable que les anses intestinales sont restées dans le bassin. Les anses de l'intestin grêle apparaissent agglutinées entre elles; elles masquent complètement l'utérus et les annexes. En suivant avec les doigts les anses intestinales vers les parties profondes du bassin, on trouve facilement les points où elles sont adhérentes. A droite, ces adhérences sont rompues avec précaution et à mesure on voit chaque anse intestinale disparaître du champ opératoire et le laisser de plus en plus libre. La trompe droite apparaît alors, volumineuse, kystique, décrivant une concavité au centre de laquelle se trouve l'ovaire également volumineux et kystique. Une dernière adhérence existe, c'est celle très intime de l'*appendice vermiforme* avec la trompe. L'isolement de cet appendice nécessite une dissection assez minutieuse. Les annexes droites sont alors pédiculisées sur l'angle utérin. Le pédicule est large et nécessite le placement de deux fils croisés chacun à boucle passée; il est touché au thermocautère, puis réduit immédiatement. Dès lors, on voit clair dans la moitié droite du bassin, et on peut aborder l'utérus, qui est complètement basculé en arrière et solidement fixé par des adhérences. La face postérieure et son fond sont séparés du rectum, et l'on peut aborder l'angle utérin gauche. Là se retrouve la même disposition qu'à droite: des anses intestinales adhérentes. Chaque anse est isolée séparément, et disparaît à mesure dans la cavité abdominale. Lorsque toutes les anses intestinales sont détachées, le bassin est vide. Vers l'angle utérin gauche existe une tumeur constituée par la trompe et l'ovaire, et adhérente à la face postérieure du ligament large. Cette tumeur est isolée, pédiculée, puis sectionnée sur un fil à boucle passée. Le pédicule est cautérisé, puis réduit. L'utérus n'est pas encore désenclavé ; il est volumineux et congestionné; je le détache du rectum et le retire du cul-de-sac de Douglas. Sa face postérieure et son fond sont complètement avivés, je le fixe à la paroi abdominale au moyen de 4 soies moyennes, dont une en anse dans le fond et trois faufilées sur la face antérieure. Le nettoyage de la cavité de Douglas se fait facilement à ciel ouvert. Fermeture de la séreuse au-dessus et au-dessous des fils disposés pour l'hystéropexie. Fermeture de ces fils, puis suture de la peau. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. Durée totale, une heure. Chloroforme 45 gr. Le sommeil est bon, mais la malade, très alcoolique, s'est réveillée plusieurs fois. Chaque fois alors, la contraction des muscles de sa paroi abdominale a eu pour effet de lancer les intestins dans le champ opératoire. Cette malade a en outre un souffle au premier temps et à la pointe ; elle est bronchitique; mais malgré cela le sommeil anesthésique n'a été troublé par aucun incident fâcheux.

3° *On se trouve en présence d'anomalies quelconques. C'est l'investigation proprement dite.* Le chirurgien est alors livré plus ou moins à lui-même. Les données anatomo-pathologiques ne lui sont plus d'aucun secours. Il doit se servir de ses sens pour s'y reconnaître. La vue et le toucher lui seront d'un grand secours, surtout en se complétant l'un par l'autre, en se contrôlant pour ainsi dire. Or, ainsi que j'ai cherché à le démontrer plus haut, le plan incliné est éminemment favorable pour l'exploration *de visu* de l'excavation pelvienne. La lumière latérale d'une fenêtre ordinaire y pénètre directement et permet à l'œil non seulement de suivre l'investigation faite par le doigt, mais encore de la diriger. L'observation suivante en sera une preuve convaincante.

Observation IV (Résumée). — *Absence congénitale de vagin et d'utérus. Ablation des ovaires; création d'un vagin. Guérison.*

La nommée G.... Alexandrine, âgée de 23 ans, domestique de ferme, demeurant à René (Sarthe), m'est adressée par mon ami, M. le Dr Bruneau.

Je lui fais la laparotomie le 4 février 1891. Le Dr Bolognési donne le chloroforme ; je suis assisté par le Dr Marcel Baudouin (de Paris). M. le Dr Persy est présent à l'opération. Dès que la malade est sur le plan incliné, le ventre s'aplatit et les intestins refoulent le diaphragme. Incision sous-ombilicale de 10 centimètres et ouverture très facile de la séreuse. Pas une anse d'intestin ne vient gêner la vue. La vessie remplit toute l'excavation pelvienne, elle est directement en rapport avec le rectum ; je peux m'assurer par la vue et le toucher qu'il n'y a ni utérus, ni annexes dans la cavité pelvienne. En arrière du pubis et à droite existe une sorte de cordon charnu, gros comme le bout de l'auriculaire et qui paraît être un vestige de l'utérus. Rien d'analogue à gauche. Je poursuis l'exploration dans les fosses iliaques.

1° *A gauche.* Au-dessous de l'S iliaque qui le recouvre, je trouve un petit corps allongé, sessile, en dedans duquel on sent battre l'artère iliaque externe. Ce corps a la consistance de l'ovaire, son aspect et sa forme. Il semble sous-péritonéal, en ce sens qu'il n'a pas de méso et qu'il est appliqué sur la fosse iliaque par le feuillet pariétal. Je le saisis avec une pince et le soulève ; il semble compris entre les deux feuillets du mésocolon. Je fais récliner le gros intestin en dedans et en bas, de façon à permettre de faire saillir l'ovaire en dehors, afin de le pédiculiser et de l'extraire. Je place un double fil en chaîne sur ce pédicule séreux, que je sectionne ensuite à petits coups, en rasant l'ovaire. Dès que cette section est accomplie, le repli séreux glisse sous le fil, ce qui nécessite, pour arrêter l'hémorrhagie, l'application de trois autres fils. Le mésocolon a été déchiré en un point au ras de l'intestin. Cette petite solution de continuité est fermée au moyen d'un fil fin en bourse.

2° *A droite.* L'ovaire est situé aussi dans la fosse iliaque en dehors des vaisseaux iliaques externes. Il est beaucoup plus volumineux que de l'autre côté et soulève le péritoine, qui cependant ne lui forme pas un méso. Le cæcum et son

appendice se comportent vis-à-vis de cet ovaire comme l'S iliaque du côté opposé. Leur repli séreux semble se dédoubler pour le recouvrir.

Enfin, de l'extrémité antérieure de l'ovaire se détache une sorte de cordon dur qui se porte vers la face postérieure du pubis. Ce cordon se renfle à ce niveau pour constituer le corps dur, charnu, considéré plus haut comme le vestige de l'utérus. Cet organe rudimentaire peut être suivi jusque vers le rectum. L'ovaire est traité comme de l'autre côté et excisé sur 2 fils en chaîne. Le même accident se produit, deux autres fils doivent être replacés. Nettoyage de la cavité de Douglas. Suture de la paroi à deux étages. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. Chloroforme 50 grammes. Durée 1 heure 10. La marche a été des plus simples, aucune espèce de réaction. La restauration vaginale, pratiquée par un procédé analogue à celui exécuté par M. Picqué, a été faite le 16 février.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les femmes pharmaciennes.

Le Comité consultatif d'Hygiène publique s'est occupé de nouveau du projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie et la discussion s'est engagée sur les textes mis en regard du projet de loi du Comité et celui de la commission de la Chambre des députés (Rapport de M. César Duval). Nous ne retiendrons de cette discussion que deux faits qui vont nous servir pour revenir sur une question reprise récemment ici : 1° Tandis que les officiers de santé ne forment que le cinquième de la totalité du corps médical, les pharmaciens de seconde classe constituent les *deux tiers* du corps pharmaceutique ; — 2° Un grand nombre de cantons sont dépourvus d'officines et la pharmacie y est entre les mains des congrégations religieuses.

L'insuffisance du nombre des pharmaciens dans les campagnes ou les petites villes est donc incontestable. Comment y parer ? Comment aussi remplacer les pharmacies clandestines des congrégations ? Notre ami, M. Napias, rappelant au Comité d'Hygiène les articles du *Progrès médical*, a signalé l'utilité qu'il y aurait à engager les femmes instruites à choisir la profession de pharmacien. Cette idée n'a provoqué aucune critique et M. le Pr Regnauld, si compétent pour tout ce qui touche à l'exercice de la profession de pharmacien, nous a déclaré qu'il considérait depuis longtemps cette profession comme pouvant être exercée par les femmes sans aucun inconvénient. Il ne s'agit pas là d'ailleurs d'une innovation. Nous avons annoncé autrefois (*Progrès médical*, 1876, p. 103) que la Société pharmaceutique de Dublin avait décidé à l'unanimité qu'elle admettrait les femmes à subir les examens au même titre que les autres étudiants. Déjà, du reste, en France, il existe quelques femmes pharmaciennes. L'une d'elles, ainsi que le rappelait M. Baudouin, est pharmacienne du lycée de Toulouse.

Nous ne sommes pas les seuls à pousser les femmes instruites dans cette voie. Mme Pilliet-Edwards s'exprime ainsi dans un livre récent au sujet de la profession de pharmacien (1) :

« Voici, dit elle, une profession qui nous semble remplie d'avenir pour une femme. Le pharmacien a une profession sédentaire qui exige des connaissances spéciales et demande de la responsabilité ; mais il semble que, de tout temps, les femmes ont montré une aptitude singulière pour la chimie et la pharmacie. Combien de femmes font, en toute ignorance de cause, de la pharmacie ! Même jusqu'à ces dernières années, dans les hôpitaux, dans les arrondissements et en province, combien de femmes droguent à tort et à travers leur entourage et leurs voisins ! A ces pharmaciennes ignorantes et dangereuses, il faut substituer des pharmaciennes ayant appris leur métier. Nous sommes étonnée de voir si peu de femmes se livrer à cette profession honorable, lucrative et sédentaire. »

Mme Pilliet-Edwards a parfaitement raison ; la profession de pharmacienne ne présente pas, pour la femme, les mêmes inconvénients que celle de médecin, surtout de médecin praticien à la campagne ou dans les petites villes. On verra plus loin un extrait d'une lettre de notre ami G. Maunoury, qui vient à l'appui de ce qu'écrivait dernièrement M. le Dr Marcel Baudouin. M. Maunoury, incidemment, conseille aux jeunes filles, munies de leur brevet de capacité, aujourd'hui si nombreuses et ne trouvant pas de débouchés dans l'enseignement, d'apprendre le métier de sages-femmes. Nous ajouterons, avec M. Baudouin, que la profession de pharmaciennes leur est aussi ouverte. En effet, si, pour le grade de pharmacien de première classe, on exige préalablement le diplôme de bachelier ès lettres ou le diplôme de bachelier ès sciences (complet) ou le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, pour le grade de *pharmacien de deuxième classe*, on a la possibilité, à défaut d'un diplôme de bachelier, de subir un examen pour l'obtention d'un certificat d'études, accessible aux femmes pourvues de leur brevet d'institutrice. L'obligation qui s'imposait autrefois de connaître le latin pour avoir le certificat de grammaire n'est plus absolue, ainsi que cela ressort de l'exposé des conditions à remplir pour l'examen dont nous parlons. Voici ces conditions :

Les épreuves écrites de cet examen sont : 1° une composition française sur un sujet simple ; lettre, récit, etc. ; 2° une simple version latine de la force de quatrième, ou, au choix des candidats, une version anglaise ou allemande) de la force de quatrième année de l'enseignement secondaire spécial. Ces épreuves sont éliminatoires. Les sujets et textes des compositions sont donnés par le jury.

Les épreuves orales sont : 1° l'explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique, soit dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire spécial, selon que les candidats ont opté, à l'examen écrit, pour la version latine ou la version des langues vivantes ; 2° une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial ; 3° une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la deuxième, de la troisième et de la quatrième années de l'enseignement secondaire spécial ; 4° une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes de la première, de la deuxième et de la quatrième années de l'enseignement secondaire spécial. Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents, entre lesquels il a le droit de choisir.

Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale, variant de 0 à 20. Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des

(1) *Nouveau guide pratique des jeunes filles dans le choix d'une profession*, publié par Mme Paquet-Mille. Paris, 1891.

épreuves soit écrites, soit orales. Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version. L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

Les conditions exigées pour cet examen nous semblent faciles à remplir pour des jeunes filles instruites. Il n'y a pas de passe-droit à réclamer; elles se trouveraient sur le pied d'égalité avec les jeunes gens qui aspirent au grade de pharmacien de seconde classe. Si nous sommes entré dans des détails sur cette question, c'est pour montrer à nos lecteurs combien il est facile de nous aider dans la campagne que poursuit le *Progrès médical*.

Il va de soi que nous ne demandons pour elles aucune faveur ; elles devront remplir toutes les conditions qui sont exigées pour les candidats au grade de pharmacien de 1re classe ou à celui de pharmacien de seconde classe. Nous n'insisterons pas de nouveau sur l'importance sociale de cette réforme. Tout le monde sait combien sont nombreuses les difficultés que rencontrent aujourd'hui les femmes instruites à trouver une situation convenable et suffisamment rémunératrice. « Ouvrons aux femmes les officines pharmaceutiques, écrit Thomas Grimm, comme on leur a ouvert les salles des hôpitaux. Elles y trouveront un nouveau moyen honorable de gagner leur vie. »

Bourneville.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 mars 1891. — Présidence de M. Duchartre.

Idiosyncrasie de certaines espèces animales pour l'acide phénique.

M. Zwaardemaker a observé chez les chats et les rats une idiosyncrasie spéciale pour l'acide phénique. Les doses qui chez les chiens et les lapins ne déterminent aucun trouble, provoquent la mort chez les chats et les rats. La mort est toujours précédée par des convulsions cloniques qui se répètent pendant plusieurs heures. Les doses nécessaires pour déterminer ces phénomènes oscillent entre 10 et 40 milligrammes par kilogramme d'animal administrés par injection intra-veineuse. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 mars 1891. — Présidence de M. Ch. Richet.

M. Laborde présente les dessins d'une *série de cerveaux normaux* qui établissent d'une façon très nette le rapport existant entre la puissance oratoire des individus de leur vivant et le développement de la circonvolution de Broca, examinée à l'autopsie. Ces cerveaux proviennent des collections de la Société d'Anthropologie et de la Société d'autopsie mutuelle. Le plus remarquable est celui de Gambetta, où le pied de la frontale ascendante se trouve dédoublé. Quand on examine parallèlement des cerveaux de savants ou d'hommes érudits et des cerveaux de peuples inférieurs, on est frappé des différences que présente la circonvolution frontale ascendante.

M. Dupuy dit qu'il est difficile de tirer une conclusion, parce qu'on n'a pas encore compté les cellules cérébrales dans chacune des circonvolutions comparées, et rien ne prouve qu'une petite circonvolution ne contient pas autant de cellules qu'une plus grande.

M. d'Arsonval présente un appareil destiné à mesurer l'*équivalent mécanique de la chaleur*.

M. Gréhant montre un appareil construit par M. Galante et destiné à *recueillir un gaz quelconque dans un milieu confiné*. A l'aide de cet appareil, M. Gréhant a constaté que l'air d'une chambre à coucher, pris au matin et au voisinage du lit, ne contient pas plus de 1 millimètre d'acide carbonique.

M. Beauregard présente des *planches, obtenues par la phototypie*, de divers os de Cétacés. Ces planches qui paraissent noires et mal venues au premier aspect ont une très grande supériorité sur les planches lithographiées quand on les examine à la loupe, car tous les détails des objets reproduits sont exactement conservés.

M. Galippe a déjà étudié la formation de *calculs salivaires* autour de parasites d'origine microbienne. Il a étendu cette théorie aux calculs du rein, du foie, de la vessie. Il rappelle ses travaux pour prendre date, car cette question se trouve maintenant étudiée par quelques auteurs étrangers. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Rochard donne lecture d'un rapport sur les *causes de la dépopulation de la France*, qui se termine par les vœux suivants de l'Académie, que nous résumons ici : 1° Que les tours soient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret sera scrupuleusement observé ; 2° Que la loi sur la protection des enfants du premier âge soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions, et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne doit pas échapper à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de reconnaître les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout et que la loi soit obligatoire pour tous les départements ; 3° Que la vaccination soit rendue obligatoire par une loi ; 4° Que la revaccination soit encouragée de toutes les manières et même imposée par les pouvoirs municipaux chaque fois que c'est nécessité pour la santé publique; qu'elle soit obligatoire en temps d'épidémie ; 5° Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans les régiments; 6° Que l'isolement des varioleux, surtout dans les hôpitaux, soit imposé par mesure législative ; 7° Qu'un service régulier de vaccination soit organisé de façon à ce que chacun, sans déplacement ni frais, puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe; 8° Que les municipalités ou les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et faire distribuer partout de l'eau potable non souillée ; 9° Qu'on assainisse les établissements publics, lycées, casernes, etc., et qu'on encourage la désinfection la plus complète à la suite des maladies contagieuses; 10° Qu'on arrête les ravages de la syphilis en règlementant la prostitution. Enfin, l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos lois qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires de la natalité, et plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité.

M. Terrier rapporte un nouveau *cas de cholécystectomie* qu'il a pratiquée pour combattre des accidents d'ictère à répétition avec coliques hépatiques datant de sept années. Malgré l'intervention, le cours de la bile ne se rétablit pas et les accidents s'aggravèrent même. A la chute de la ligature, onze jours plus tard, à la suite de la formation d'une fistule biliaire, une débâcle survint avec issue d'une multitude de calculs hépatiques provenant des canaux hépatiques, ce qui soulagea aussitôt la malade. Les accidents disparurent bientôt. La fistule s'oblitéra spontanément au bout de cinquante jours.

Les accidents qui sont survenus prouvent qu'en présence d'un malade atteint de lithiase des canaux hépatiques, ce qu'il faut faire, ce n'est pas la *cholécystectomie*, mais la *cholécystotomie* ; ou plutôt il faut pratiquer la *cholécystostomie*, permettant l'issue de la bile et même des calculs hépatiques, et servant en quelque sorte de tube de sûreté.

M. Duvernet fait une communication à propos de la *contre-visite des nourrices à la Préfecture de police, au point de vue de la prophylaxie de la syphilis*. Il pense que cette prophylaxie n'est pas suffisamment assurée et qu'il faut une nouvelle règlementation qu'il propose en ces termes : 1° Toute nourrice sur lieu qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson, doit, pour être autorisée à faire un nouvel allaitement, produire un certificat médical attestant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse ; 2° La nourrice pourra suppléer à ce certificat par un certificat médical, daté d'une époque correspondant à un délai de deux mois, à partir du jour où elle aura été séparée de son dernier nourrisson ; 3° Toute personne qui prend dans un bureau de placement une nourrice accepte l'obligation de procurer à cette nourrice, au moment de sa sortie de place, un certificat médical attestant que son nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

Elections de deux correspondants étrangers.

1re *Election* : Votants, 63. Obtiennent : MM. Rindfleisch (de Wurzbourg), 49 voix (élu) ; Costomiris (d'Athènes), 5 ; Millard (de New-York), 4 ; Corradi (de Pavie), 3 ; Bulletins blancs, 2.

2e *Election* : Votants, 58. Obtiennent : MM. Corradi, 44 voix (élu) ; Millard, 7 ; Costomiris, 6 ; Bulletin blanc, 1.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 6 mars 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Desnos présente un malade qui fut pris brusquement, le 15 février dernier, d'une douleur vive dans le bras droit, bientôt suivie d'une vaste ecchymose et d'une *tumeur dure siégeant dans le biceps*, près de l'articulation du coude. L'examen du malade fait éliminer l'hypothèse de gomme, de scrofule ou d'anévrysme. En somme, la nature de cette tumeur reste douteuse.

M. Marie. — On sait qu'on observe chez les tabétiques les ecchymoses spontanées. Or ce malade présente une abolition complète des réflexes rotuliens. Peut-être sommes-nous en présence d'un tabétique. Cette hypothèse nous permet en même temps de penser que la tumeur qu'il porte au niveau du tendon du biceps appartient à une variété de myosite qu'on rencontre quelquefois chez les ataxiques, la myosite ossifiante.

M. Duguet. — Malheureusement, ce malade est actuellement en état d'ivresse, ce qui peut suffire à provoquer l'absence de réflexes.

M. Marie. — La suppression des réflexes ne se produit chez les alcooliques que quand l'intoxication a donné naissance à des névrites chroniques.

M. Galliard a eu l'occasion d'observer deux cas de *kystes hydatiques de la convexité du foie simulant des collections purulentes des cavités gauches du thorax*. Le premier est un kyste hydatique de la base du thorax, à gauche, provenant du lobe gauche du foie et compliqué de pleurésie gauche ; 2 injections de sublimé à 1 pour 1000, l'une de 20 grammes, l'autre de 12 grammes ; guérison. Le second, qui appartient à MM. Letulle et Charles Monod, peut se résumer de la façon suivante : K. H. intrathoracique gauche, simulant un épanchement intrapleural. Ce K. s'ouvre dans les bronches après s'être mis en communication avec les voies biliaires ; vomiques bilieuses ; thoracotomie ; guérison. Ces cas rares sont d'un diagnostic difficile avec la pleurésie. 2 signes peuvent faire penser à la localisation du K. dans le lobe gauche du foie : la cholérrhagie intrakystique avec écoulement secondaire de la bile dans les bronches ; la continuité de la tumeur avec le lobe gauche hypertrophié d'un foie qui n'a ni basculé ni subi de refoulement en masse et dont le lobe droit a conservé son volume normal.

L.-R. Regnier.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Berlin. — La Berl. Kl. Woch.* annonce que M. Cl. du Bois-Reymond vient d'être nommé privat-docent d'ophtalmologie à Berlin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

Suite de la discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Terrillon. — J'ai opéré environ une centaine de salpingites volumineuses, dont 45 suppurées. J'ai, dans ces 45 cas, pu enlever des ovaires et des trompes très volumineuses, et j'ai eu des succès, même après rupture dans le ventre de ces poches suppurées. Mais j'ai eu aussi des accidents mortels. Deux fois, sur ces 45 cas, j'ai observé de la péritonite par perforation, — par conséquent suivie de mort, — par suite d'une décortication trop violente des anses intestinales adhérentes. Dans deux autres cas, la mort est survenue par péritonite septique, parce que je n'ai pas pu enlever totalement un foyer de suppuration profondément placé près du rectum. C'est pour des cas analogues à ceux-là, ou que je supposais devoir être tels, que j'ai songé à recourir à la méthode de M. Péan. J'ai donc employé ce mode de traitement, et aujourd'hui je compte déjà 4 opérations de ce genre, dont 3 guérisons et une en voie de guérison. Ma première opération date du 9 février 1891. Femme de 41 ans ; masse suppurée ouverte, avec utérus enclavé, très adhérent. La malade placée sur le côté gauche, je fis une ponction exploratrice dans la masse dure des culs-de-sac. A 3 centimètres, je trouvai un foyer purulent, d'où il sortit 200 grammes de liquide. Je fis l'hystérectomie, opération qui n'a rien d'analogue avec celle que l'on pratique pour les cancers utérins ; ici on a affaire à des tissus durs, à des artères qui saignent beaucoup au début. Aussi ne doit-on avancer qu'après avoir assuré une parfaite hémostase. On enlève l'utérus par morceaux, par lambeaux. Cette opération dura trois quarts d'heure. Quelques ligatures permirent de ne laisser aucune pince à demeure. Cette malade est aujourd'hui guérie. — J'ai pratiqué ensuite trois autres opérations pour des cas plus ou moins analogues : suppuration ancienne avec état général assez mauvais. J'ai toujours fait des ponctions exploratrices vaginales au préalable. Dans un de ces deux cas, je suis tombé sur un utérus bicorne. Dans deux cas au moins, j'aurais eu des difficultés réelles, si j'avais opéré par la laparotomie ; dans les deux autres, l'indication de l'intervention vaginale était formelle.

S'agit-il là d'une opération rationnelle ? Oui, dans les cas de suppurations anciennes avec parois épaisses, difficiles à enlever par la voie sus-pubienne ; oui, quand il y a de nombreuses adhérences intestinales. Mais ce n'est qu'une méthode d'exception. Elle a encore, d'ailleurs, d'autres indications. Par exemple dans le cas suivant : Voici une jeune femme dont les ovaires suppurent depuis longtemps, dix ans même. On n'a rien pu enlever par l'abdomen, à cause d'un voile pseudo-membraneux comme drapé au-dessus de son petit bassin. Cette femme ne guérira que si on lui fait l'hystérectomie vaginale. En terminant, M. Terrillon montre combien nous sommes armés maintenant pour lutter contre les salpingites, vieilles ou récentes, et surtout les suppurations pelviennes qu'il y a quelques années encore on ne savait pas guérir. Hégar a montré le premier qu'on pouvait ouvrir les abcès pelviens au-dessus du pubis ; Lawson Tait a démontré qu'on pouvait enlever par la laparotomie la plupart des suppurations enkystées ; grâce à MM. Péan et Segond, nous savons maintenant comment traiter les vieilles suppurations, avec fistules, du petit bassin.

M. Pozzi. — M. Segond a intitulé sa communication : du traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale. En réalité il a voulu dire : du traitement des pyosalpinx. C'est donc sur ce terrain qu'il faut se placer pour la discussion ou plutôt sur celui de toutes les tumeurs salpingiennes chroniques. Le débat est donc entre la laparotomie d'une part et la colpohysterectomie d'autre part. Substituer ainsi un traitement indirect au traitement le plus rationnel, c'est aller contre les tendances de toute la chirurgie moderne, c'est faire pour les salpingites ce que l'on a dû faire longtemps pour les fibromes. Et on ne saurait mieux comparer, à ce point de vue spécial, l'hystérectomie vaginale qu'à la castration. Tout le monde admet que la castration dans les fibromes est une très

bonne opération — et, encore dans certains cas, —; mais personne ne songe pour cela à abandonner dès aujourd'hui l'espoir de les guérir par une méthode plus radicale encore, l'extirpation. En tous cas, M. Segond avait à nous démontrer que l'hystérectomie vaginale dans ces cas était moins grave que la laparotomie. L'a-t-il fait? Les trois arguments qu'il a mis en avant pour pouvoir prôner l'hystérectomie vaginale sont en effet les suivants: 1° La question d'esthétique, le côté cosmétique, la beauté de l'opération. Réfutons-le de suite par cet aphorisme: *Primo vivere, deinde placere*, car ce sera toujours là la devise des chirurgiens, si ce n'est pas toujours celle des malades. 2° La gravité moindre de sa méthode. Ici le problème se complique, par suite de l'intervention de la notion du diagnostic. En pratique, on ne fait un diagnostic précis dans les cas de suppurations pelviennes qu'une fois sur quatre environ. Si, donc on enlève toutes les salpingites par le vagin, 1 fois sur 4 on fera une opération qui aurait été plus simple, partant moins grave, par la laparotomie. Au point de vue des Pyosalpinx et de leur traitement, il faut distinguer : 1° Les P. à poche libre, non adhérente, facilement opérable. 2° Les P. à poche adhérente, mais énucléable sans délabrements. 3° Les P. à poche adhérente, mais non énucléable, avec fistules, etc. Pour les deux premières catégories, l'hystérectomie est certainement inférieure à la laparotomie, qui est très simple, très bénigne et très efficace, car ici on enlève tout le mal : ce qui est l'idéal de la chirurgie. Et quand il s'agit de poches non énucléables, dans lesquelles la laparotomie est plus difficile, on peut pourtant, à l'aide d'un procédé incomplet, il est vrai, guérir ces malades. Il suffit d'ouvrir la poche, sans tenter l'énucléation, de la laver, de la gratter et l'on obtient des succès véritables en procédant ainsi. Mais il faut bien savoir que ces cas-là sont rares, 1 fois sur 10 environ (3 sur 33, Bouilly ; 3 sur 39, Pozzi).

Certes, dans ces derniers cas, l'hystérectomie vaginale ne saurait être une mauvaise opération ; on doit même dire qu'elle est bonne ; mais il faut ajouter aussi qu'elle n'est pas meilleure que la laparotomie avec ouverture de la poche et lavage. L'hystérectomie vaginale ne saurait être indiquée à son avis, d'une façon formelle que secondairement, après échec du traitement rationnel par la laparotomie, s'il persiste une fistule par exemple. Et encore il ne faut pas oublier que ces femmes-là peuvent guérir à la longue, sans nouvelle intervention. Enlever l'utérus pour guérir des suppurations pelviennes, cela est absolument comparable à l'extirpation de l'utérus pour endométrite hémorrhagique. C'est un procédé qui ne doit être qu'une *ultima ratio*. 3° Enfin, en ce qui concerne l'efficacité de la méthode, on n'en peut rien dire jusqu'à présent, tandis que l'on sait que la laparotomie donne des résultats définitifs merveilleux, même dans les cas graves de pyosalpinx. S'il persiste des douleurs après les opérations de cette nature, c'est qu'on a eu affaire, en général, à de petites lésions, autrement dit à des cas dans lesquels l'intensité des lésions ne justifiait pas l'intervention, à des cas où la note dominante était un trouble d'ordre général plutôt que des altérations organiques locales. — Un des côtés les plus dangereux de cette manière de faire, c'est qu'elle suppose l'infaillibilité du diagnostic. M. Pozzi tient à le redire.

M. Delorme (Val-de-Grâce) lit une observation de *fracture partielle de la tête du radius.*

M. Charvot (Val-de-Grâce) présente un malade atteint d'*hypertrophie de la glande mammaire* des deux côtés, consécutive à une atrophie testiculaire d'origine ourlienne. Cette hypertrophie est en somme peu marquée; il y a de l'hypertrophie des 2 glandes, mais il n'y a aucune modification dans la voix; aucun signe d'hystérie mâle. Le caractère a notablement changé. Ce cas n'a rien à voir avec la mammite de l'homme. On ne connaît que deux observations analogues, celles de M. Lereboullet (*Gaz. hebd.*, 1877) et celle de Gérard (*Arch. méd. mil.*, 1878).

M. Le Dentu présente un malade chez lequel il a *restauré un cal vicieux de la jambe.* Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, qui s'est fait successivement sept fractures à la même jambe. La déformation était considérable, l'angulation presque à angle droit, la jambe aplatie transversalement. Le raccourcissement est aujourd'hui de 12 centimètres, mais le malade marche bien avec une bottine. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 mars 1891. — Présidence de M. Vigier.

M. Berlioz. — Pour la préparation du phénol sulforiciné, je me sers de *phénol synthétique*, qui ne change pas de couleur à la lumière et ne se détériore pas. Ce phénol est supérieur à l'acide phénique neige.

M. Piedallu lit une communication sur une *eschare de la cornée produite par le calomel instillé dans l'œil chez une malade prenant de l'iodure de potassium.* Une malade reçoit dans l'œil quelques poussières d'ipéca. Il se produit de la conjonctivite, puis de la kératite. Après un traitement simple, je fis un pansement avec de la poudre de calomel. Quelque temps après, la malade ressentit une douleur très intense, et il se forma une escharre de la cornée. J'appris que la malade prenait depuis quelque temps de l'iodure de potassium, et je constatai dans les larmes une grande quantité de ce sel.

M. Boymond. — On peut attribuer cet accident à l'action de l'iodure de potassium sur le calomel, ou du sublimé pouvant exister dans le calomel du commerce.

M. Paten. — En présence de l'iodure de K., le calomel se transforme rapidement en iodure mercureux, corps très caustique.

M. Gauthier. — L'iodure mercureux n'est pas plus caustique que le calomel ; il est probable qu'il s'est formé un peu de biiodure de mercure qui est très caustique.

M. Bourgeois (de Tourcoing) lit une communication sur *le traitement de la tuberculose par le fluorure de sodium.* Le sang de la chèvre et du chien contient-il un principe doué de propriétés microbicides, ou, en injectant ce sang, ne fait-on qu'introduire dans l'organisme une quantité considérable de matériaux de reconstitution ? La première hypothèse est vraisemblable, étant donné qu'avec quelques centimètres cubes de sérum M. Richet obtient des résultats heureux. La similitude des résultats thérapeutiques, obtenus par le sérum des animaux réfractaires à la tuberculose et par le fluorure de sodium, m'a engagé à rechercher si ces sangs ne contiennent pas de fluor. Je suis parvenu à graver le verre avec le sang du chien et surtout avec celui de la chèvre. J'estime que mille grammes de sang de chèvre peuvent contenir environ 0,20 centigrammes de fluorure de sodium (en supposant que ce soit le sel de fluor qui existe dans le sang de la chèvre). Je pense donc que le fluor est le principe actif contre la tuberculose contenu dans le sang de la chèvre et du chien, et qu'il est le préventif naturel contre la tuberculose.

M. Bardet. — Les malades, traités dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, par le fluorure de sodium, en ont éprouvé de bons résultats. Il faut encore attendre pour avoir des données positives.

M. Bourgeois.—J'ai été amené à employer le fluorure de sodium, en observant les effets produits par l'acide fluorhydriques, en inhalations dans toutes les tuberculoses, même chirurgicales. Voyant que l'acide fluorhydrique n'agissait pas seulement directement sur les poumons, j'ai donné le fluorure de sodium à l'intérieur. Certains malades ont présenté une amélioration rapide ; ces malades ont engraissé, les sueurs ont disparu. J'ai donné ce médicament avec bons résultats dans des cas de tuberculose pulmonaire, de tuberculose intestinale, de mal de Pott.

M. C. Paul. — Dans le traitement de la tuberculose, certains médicaments conviennent à certaines formes et à certaines périodes de la maladie. Il est important de savoir, si ce médicament agit dans les phtisies rapides ou lentes, avec fièvre ou sans fièvre, etc.

M. Delpech présente un échantillon de *cantharidate de potasse*, sel qu'il avait déjà préparé en 1874.

Discussion sur le régime alimentaire du diabète.

M. Dujardin-Beaumetz. — Dans sa communication, M. Duhomme a laissé de côté la partie pratique ; je ne le suivrai pas sur le terrain théorique. Au commencement de son rapport, M. Duhomme admet que le diabète n'existe pas, puis il y revient plus tard, en faisant une distinction entre la glycosurie et le diabète. Les théories sont changeantes, muables. Au diabète hépatique, au diabète nerveux, vient s'ajouter le diabète pancréatique. Je ne parlerai donc que du pronostic et

du traitement. La quantité de sucre ne juge pas le pronostic ; la distinction ne se produit qu'en présence du régime alimentaire. Je comprends les diabètes sous les trois titres : léger, moyen, grave. Le D. léger disparaît, en suivant le régime, au bout de peu de temps; le diabète moyen est celui dont le sucre diminue considérablement par le régime, mais incomplètement ; le diabète grave est celui auquel le régime ne change rien. Les bases du régime alimentaire ont été posées par Bouchardat : exclusion des féculents et des matières sucrées. Pour maintenir l'embonpoint et la nutrition du diabétique, nous devons faire entrer les graisses dans l'alimentation (sardines, thon, hareng saur à l'huile, lard, beurre, graisse d'oie, pâté de foie gras, charcuterie). Le meilleur pain est le pain de gluten ; le pain de soja a un mauvais goût qui l'a fait repousser par les malades.

On a fait dernièrement du pain sans mie, qui, il est vrai, contient de la dextrine, mais le malade en mange peu ; le pain est très léger, c'est ce que nous demandons. Je crois ce pain préférable aux pommes de terre. Je m'élève contre l'idée de donner des fruits aux diabétiques. Je proscris le lait. Je donne beaucoup de légumes verts à ces malades. Le diabétique est faible et a soif; il ne s'enivre pas, aussi boit-il facilement de l'alcool. Il ne faut pas lui en donner, non plus que du vin, en grande quantité. On peut prescrire aux diabétiques du café, du thé, du maté, de la kola.

Quelle est la durée du traitement d'un diabétique, et quelle rigueur doit-on employer à son égard ? Il faut surveiller toujours l'état des urines pendant la durée du régime. Le procédé de M. Duhomme nous a rendu un grand service. J'ai l'honneur de vous présenter un saccharimètre fondé sur la fermentation de l'urine. Dans les cas de diabète léger, M. Duhomme prétend que le régime alimentaire ne sert qu'à établir le diagnostic, et que son emploi consécutif est non seulement inutile, mais dangereux. Il est certain que, quand un de ces diabétiques ne suit pas son régime, il pisse rapidement du sucre. Pour ceux-là on peut prescrire un régime adouci, mais il faut les tenir en observation. Chez le diabétique moyen, tant que le sucre ne dépasse pas 10 grammes par jour, on peut lui adoucir son régime, en faisant surveiller son urine pour rendre le régime plus sévère s'il est nécessaire.

Chez les diabétiques graves, le régime ne fait rien; je les laisse manger ce qu'ils veulent. Dans les formes moyennes, si le sucre dépasse 10 à 15 grammes en vingt-quatre heures, on peut, par le régime, faire disparaître le sucre. La meilleure préparation pour les diabétiques arthritiques, c'est l'union de la lithine et de l'arsenic. Dans les diabètes avec polyurie (diabètes nerveux), nous nous adresserons à toute la classe des nervins. Le bromure a le désavantage de fatiguer le malade, de produire des éruptions. La quinine agit de la même façon. L'antipyrine diminue considérablement la polyurie et, par là même, le sucre. Le jambul produit à peu près le même effet. Les eaux thermales, alcalines et arsenicales, ont une heureuse influence chez les diabétiques ; mais il faut faire suivre à ceux-ci le régime en même temps. Si chez un malade, sur lequel le régime agit, on voit, malgré la rigueur bien suivie de celui-ci, apparaître le sucre en plus grande quantité dans les urines, on peut être sûr que le malade a des troubles moraux ou de la fatigue intellectuelle. La glycosurie augmente en hiver ; le travail physique la fait diminuer. Le régime doit donc être adouci ou rendu plus sévère, suivant ces deux conditions.

M. Rougon. — Il y a des cas où, chez les diabétiques gras, il survient des accidents graves, par exemple des suppurations interminables (1). En soumettant ces malades au régime, j'ai vu les accidents se guérir, quoique le sucre ne disparût pas des urines. Ce qui intervient surtout dans le traitement des diabétiques aux eaux minérales, ce sont : le régime hygiénique, l'exercice physique.

M. Grellety. — M. Dujardin-Beaumetz s'est montré trop sévère pour les fruits. J'autorise des amandes vertes, des noix, des noisettes et quelques pommes. Il est nécessaire de diminuer la quantité de vin et d'alcool, qui peuvent produire des cirrhoses du foie.

(1) M. Rougon oublie qu'en clinique toute suppuration est fonction d'un microbe : *un diabétique ne suppure* que s'il a été infecté. (*N. d. l. R.*)

M. Dujardin-Beaumetz. — L'amande, la noix peuvent être autorisées. J'ai voulu surtout parler du danger de l'orange, des fraises, du melon. On ne passe pas d'une forme de diabète à une autre. On est diabétique léger, ou moyen, ou grave. Cependant, des malades atteintes de diabète moyen, s'ils ne suivent pas de régime, tout d'un coup cessent de manger, maigrissent et meurent rapidement. A. Raoult.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Séance du 12 mars 1891. — Présidence de MM. Hardy et E. Besnier.

M. Hallopeau fait une communication *sur un cas de mort et un cas d'ophtalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch.* Le premier malade était atteint d'une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse : il a succombé dans l'adynamie, et à l'autopsie on a trouvé des granulations miliaires dans les poumons. Le second malade est atteint de lèpre tuberculeuse ; à la suite d'injections de tuberculine, on a vu survenir des troubles oculaires qui ont débuté par une vive injection de la conjonctive. Actuellement on voit dans la cornée des foyers miliaires sous forme de points grisâtres qui offrent beaucoup d'analogie avec les granulations de la tuberculose miliaire.

M. Du Castel présente un malade atteint d'une affection ancienne de la main et au sujet de laquelle il demande l'avis de la Société. Chez ce malade la main gauche est très augmentée de volume et cette augmentation, qui remonte jusqu'au poignet, porte surtout sur les doigts qui sont en même temps déjetés en dehors ou en dedans. L'annulaire, qui est le plus malade, présente une forme en fuseau. Les lésions sont à la fois cutanées et osseuses : il existe une augmentation des têtes des phalanges et au niveau de la peau des éruptions vésiculeuses qui laissent après elles des croûtelles et des taches ecchymotiques. Ce malade, qui est envoyé par M. Charcot, n'est pas atteint d'acromégalie. M. Du Castel pense à des troubles trophiques dont la cause reste inconnue.

M. E. Besnier. — Tout ce qu'on peut dire, c'est augmentation de volume du membre, *hyperacrie* partielle. Il est probable qu'il s'agit d'une lésion centrale ayant déterminé ces troubles trophiques. Il ne s'agit pas en tout cas d'une lésion de cause locale, comme cela se voit dans ce qu'on appelle l'éléphantiasis par exemple.

M. E. Vidal. — Il est probable, en effet, qu'il s'agit ici de troubles trophiques, ainsi qu'en témoigne un angiokératome que l'on remarque sur l'annulaire. Ces états semi-papillomateux sont d'ordre trophique, et il est probable que cette plaque de pachydermie qui existe au niveau de l'éminence hypothénar reconnait la même cause.

M. Thibierge. — On a publié, sous le nom d'hypertrophie congénitale partielle des membres, d'éléphantiasis congénital ou d'acromégalie partielle, un certain nombre de cas dans lesquels un ou plusieurs orteils ou doigts sont le siège d'une augmentation de volume portant à la fois sur les os et sur les parties molles, remontant à la naissance. J'ai vu récemment un cas de ce genre à l'Hôtel-Dieu. Il me semble que, chez le malade de M. du Castel, il s'agit d'une lésion de ce genre sur laquelle se sont greffés ultérieurement des troubles trophiques.

M. Feulard présente une malade atteinte simultanément *d'un pityriasis rosé de Gibert et d'une roséole syphilitique,* et il rapporte une observation dans laquelle le diagnostic avait été très difficile à établir et aurait pu faire croire que la jeune femme, sujet de cette observation, avait donné la syphilis à son mari, alors qu'en réalité elle l'avait reçue de lui. L'éruption de pityriasis rosé était en effet antérieure à la roséole et aurait pu être prise pour cette dernière.

M. Feulard présente un malade atteint de *syphilis à la suite de contagion hospitalière probable.* Il s'agit d'un homme qui était en traitement pour un eczéma post-scabieux siégeant notamment sur les bras. Il quitta l'hôpital pour y rentrer bientôt, atteint cette fois de roséole syphilitique. En cherchant la porte d'entrée de l'infection on remarqua une adénopathie épitrochléenne, qui fit reconnaître une petite tumeur ulcérée sur la face postérieure de l'avant-bras droit, puis une autre

au niveau du coude et une troisième sur le coude gauche. Il s'agissait bien de chancres extra-génitaux. Il est difficile de savoir comment s'est opérée l'infection; toutefois, il est à remarquer que lorsque le malade a les bras croisés, ses chancres répondent précisément aux points des avant-bras qui s'appuient sur une table. Il est donc probable que c'est en s'appuyant ainsi sur une table chargée de virus syphilitique que le malade s'est infecté, mais il est impossible d'affirmer autre chose que l'infection. La possibilité de toute contamination en dehors de l'hôpital doit être écartée.

M. E. Besnier. — Les cas de contamination à l'hôpital sont extrêmement rares; alors même qu'on se servait, ainsi que le fait était fréquent autrefois, d'instruments non désinfectés, tels que ventouses, abaisse-langue, crayons de nitrate d'argent, etc., on ne voyait aucun cas de transmission de syphilis chez les malades non plus que chez les employés; ces derniers pourtant se servaient souvent de leurs doigts au lieu de prendre avec des pinces les objets à pansement. La contamination indirecte est donc très rare: il ne faut faire d'exception que pour la sonde dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Il est probable que le virus ne reste pas longtemps actif sur un objet où il a été déposé.

M. Hardy. — La contagion par instruments est en effet très rare: il ne connaît pas, pour son compte, d'exemple de contamination par un instrument très souvent chargé de virus syphilitique, le spéculum. A côté de cela, il faut faire remarquer la fréquence de la transmission de la syphilis par les médecins auristes.

M. Lailler. — Dans les cas auxquels MM. Besnier et Hardy viennent de faire allusion, il s'agissait d'un médecin qui fut la cause de plus de quarante cas de contagion. M. Lailler croit avoir observé un cas de contamination par une canule vaginale.

MM. Brocq et Jacquet font une communication sur le *lichen simple chronique*. Cette dermatose débute par du prurit: la malade se gratte et la lésion cutanée se montre alors; elle se caractérise par des plaques souvent ovalaires qui présentent trois zones et à bords mal définis. Une première zone externe est d'un jaune brunâtre, présentant une hypertrophie de la couche papillaire, avec aspect velvétique; une deuxième couche moyenne est rosée, avec saillies papuleuses, rappelant le lichen plan; une troisième, centrale, est jaune, bistre, avec une fine desquamation. La lésion siège aux plis de flexion, aux poignets, aux coudes, aux jarrets, mais aussi à la paume des mains et à la plante des pieds, ce qui fait que nombre d'observations de kératodermie prurigineuse doivent être revisées. A la coupe on trouve une infiltration des couches superficielles du derme, un œdème papillaire, une augmentation du corps muqueux qui est infiltré, une tendance à la vésiculation avec altération cavitaire de ses cellules. L'élément éruptif qui caractérise cette lésion est donc une saillie papuleuse, mal circonscrite, de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un rose pâle, acuminée ou arrondie, souvent excoriée. Le phénomène majeur est le prurit qui est constant et ne disparaît que lorsque l'éruption s'efface. Mais parmi les autres caractères importants de l'affection, il faut citer le nervosisme des sujets atteints, la banalité des lésions comparables à une dermite chronique. Le lichen simple chronique est donc une névrodermie qui n'a pas d'élément éruptif spécial, mais qui présente un ensemble particulier de caractères au nombre desquels se trouve la chronicité et les récidives jointes à ceux mentionnés plus haut.

Discussion renvoyée à la prochaine séance.

MM. Hallopeau et Paul Claisse font une communication *sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire occupant les orifices sudoripares*. M. Besnier a distingué une variété de kératodermie caractérisée par la localisation initiale des lésions dans les orifices sudoripares. Les auteurs présentent un malade qui en est atteint: il porte à la plante de son pied droit des saillies cornées qu'il a vu se développer à l'âge de 12 ans et qui ont toujours persisté depuis lors; elles sont arrondies, dures, cornées et creusées d'une cavité que remplissent des concrétions cornées irrégulières et comme rocheuses; on remarque autour de ces saillies des orifices dilatés qui appartiennent aux glandes sudoripares; les mêmes dilatations existent, groupées en plaques plus ou moins étendues, sous la malléole interne et à la partie interne de la plante du pied; les plus fines sont ponctiformes; d'autres atteignent les dimensions d'un grain de millet ou de chènevis; on trouve tous les intermédiaires entre les plus petites dilatations et les orifices cratériformes qui ont été signalés au centre des plaques kératodermiques; il est manifeste que ces plaques sont constituées par la confluence de plusieurs de ces dilatations sudoripares. Le processus qui a donné lieu à la production de ces lésions paraît être partout le même: dilatation des orifices sudoripares, hyperplasie et kératinisation de l'épiderme qui les entoure, accumulation de substance cornée dans la cavité qu'ils circonscrivent.

De la plaque située à la partie postéro-externe du talon, s'élève, à égale distance du tendon d'Achille et du bord postérieur de la malléole interne, une traînée verticale constituée par des saillies verticales criblées des mêmes dilatations; il n'y a plus ici de concrétions cornées, à la main droite des callosités semblables à celles de la plante du pied et criblées d'orifices dilatés sont disposées en traînées sur les faces palmaires du médius et de l'index et paraissent répondre à des rameaux nerveux. Il s'agit là d'une variété de nævus; MM. Hallopeau et Claisse admettent que le nævus, bien que lié à un trouble congénital dans la nutrition des tissus, peut n'apparaître que longtemps après la naissance, l'accumulation de substance cornée qui caractérise les altérations est due au mode de réaction spéciale que présente l'épiderme des régions palmaire et plantaire; elle constitue une affection pénible par sa durée indéfinie, par la gêne souvent douloureuse qu'elle entraîne et par la dermite dont elle est parfois le point de départ.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance.

M. Burlureaux fait une communication *sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané*. En traitant des tuberculeux par la méthode de M. Gimbert et les injections sous-cutanées de créosote, M. Burlureaux a pu injecter des quantités d'huile créosotée atteignant ce chiffre énorme de 50 à 200 grammes, soit de 3 à 14 grammes de créosote. Il faut pour cela que l'instrument et le médicament soient d'une pureté irréprochable et que l'injection soit faite très lentement. Aussi met-on parfois six à sept heures à faire l'injection au moyen d'un instrument spécial que présente M. Burlureaux. Il se sert de créosote rectifiée, distillée entre 200° et 210°, de l'huile d'amandes douces ou d'olives également purifiée et stérilisée; le mélange est à $\frac{1}{14}$ et il est très bien toléré par la peau. L'injection est peu douloureuse et sans danger si on se sert d'une aiguille d'or, de platine ou d'aluminium.

M. Burlureaux insiste sur cette tolérance incroyable du tissu sous-cutané pour l'huile simple ou pour l'huile créosotée qui n'est pas plus offensante que la première à condition qu'on ne dépasse pas les proportions du mélange indiqué. L'huile est digérée en quelques heures et il ne se produit ni suppuration ni accident d'aucune sorte.

M. Ozenne présente une observation de *périostite du tibia consécutive à une blennorrhagie* chez l'homme.

M. Besnier lit, au nom de M. Petrini (de Galatz), un travail intitulé: *Hydrargyrie bulleuse* survenue chez une femme à la suite d'injections intra-utérines de sublimé. L'auteur se demande si un certain nombre d'observations d'herpès gestationis ne sont pas des faits de cet ordre. Cette femme présentait d'ailleurs une sensibilité extrême au mercure.

Paul Raymond.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 9 mars 1891. — Présidence de M. Demange.

M. Brouardel demande l'opinion de la Société sur un cas de *secret médical*. Il s'agit d'un officier de santé qui, appelé auprès d'une parturiente, s'est permis d'appliquer le forceps. L'opération ayant échoué et une très forte hémorrhagie s'étant déclarée, on appela un docteur en médecine, mais trop tard, car peu de temps après son arrivée la mère et l'enfant meurent. Les parents intentent un procès à l'officier de santé. Le docteur en médecine est appelé comme témoin. Doit-il révéler les fautes médicales commises par l'officier de santé? D'après M. le Dr Brouardel le docteur doit s'abstenir, parce

qu'il a appris la maladresse et les fautes commises dans le cours de l'exercice de sa profession.

La Société renvoie cette question à la Commission du secret professionnel qui se réunira lundi prochain à 5 heures.

M. GUILLOT, dans une *étude de psychologie judiciaire*, analyse le cas de la femme B..., qui a assassiné en janvier dernier, à Vincennes, une de ses voisines, une octogénaire. Au début de l'instruction, elle niait toute participation à ce crime, mais les détails qu'elle racontait ont paru assez suspects pour nécessiter une perquisition chez elle; on trouva alors sous son lit la pendule de la victime. Devant cet objet compromettant, elle avoua son crime. Cependant, le mobile du crime était trop futil pour ne pas se demander si la femme B... jouissait de la plénitude de ses facultés intellectuelles. Elle fut soumise à une expertise médico-légale d'où il résulta que B... était atteinte de démence. A l'occasion de ce cas, M. Guillot se prononce pour la création des maisons spéciales pour les aliénés-criminels.

M. Gilbert BALLET lit le rapport médico-légal sur le cas de la femme B..., *aliénée-homicide*, dont parlait précédemment M. Guillot. B... est une malade de longue date. Dans ses antécédents héréditaires, on trouve plusieurs alcooliques. Elle-même avait toujours un caractère bizarre, irrégulier, tel qu'on en rencontre si souvent chez les dégénérés héréditaires. Au moment de l'expertise, B... présentait une notion imparfaite des lieux où elle se trouvait, une inconscience complète de l'acte commis, un affaiblissement de la mémoire, parole embarrassée, motilité affaiblie, autant de signes d'une lésion cérébrale circonscrite. Sur ce fond d'affaiblissement intellectuel sont venues se greffer, comme cela arrive très souvent, quelques idées délirantes; ainsi, elle se plaignait qu'on lui donnait de l'opium pour l'empoisonner, qu'on la volait, etc...

M. GARNIER a observé la femme B... pendant son séjour à l'Infirmerie spéciale du Dépôt où il a pu également constater l'affaiblissement considérable de ses facultés intellectuelles et surtout de la mémoire.

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 5 mars 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. O. BEAUREGARD rend compte de la *cérémonie bouddhiste*, variété japonaise, célébrée récemment dans le temple Guimet.

M. LEDOUBLE fait une communication sur les *anomalies musculaires* du coude et du sternum chez l'homme. Il s'agit du muscle épitrochléo-olécrânien et de son mode d'innervation par le nerf cubital ou le radial, le premier plus fréquent que le second. On trouve ce muscle dans la série animale supérieure jusqu'aux anthropoïdes, chez le lièvre, le lapin, le rat, etc., triangulaire chez ce dernier. Sa présence chez l'homme n'étant pas nécessaire comme chez les animaux, il représente chez celui-là une reproduction par atavisme de ce qui existe chez ceux-ci. L'atrophie est la règle, le développement l'exception. La fusion du vaste interne avec l'olécrânien se retrouve également chez les animaux, peut-être par un effet d'adaptation fonctionnelle. M. Ledouble présente son 35e échantillon de muscle présternal. La statistique relevée par lui donne 5 0/0 des cas observés.

M. HERVÉ fait observer que les anomalies musculaires sont ordinairement multiples sur un même individu.

M. VAUVILLÉ lit un travail important sur les résultats de ses *fouilles néolithiques dans la Somme*, intéressantes par l'existence d'une stratification d'objets d'époques différentes et successives, de l'époque néolithique à la gauloise.

M. A. DE MORTILLET donne, à ce propos, des détails sur les modes différents d'ornementation des poteries et appelle l'attention sur les échantillons gaulois travaillés au lissoir que représente peut-être la côte de bœuf qui accompagne la collection.

M. VERNEAU rapproche les caractères de certaines de ces pièces de ceux qu'il a trouvés dans ses fouilles de l'allée couverte des Mureaux et appelle l'attention sur la forme de leur galbe. On arrivera certainement bientôt à une classification raisonnée de la céramique néolithique.

M. DIAMANDI présente, à titre de comparaison, des échantillons de poteries ornementées de Coucouten (Roumanie).

M. A. DE MORTILLET fait, avec beaux dessins à l'appui, une étude comparée des *armes de jet préhistoriques* de la Madeleine, de Laugerie basse, etc., qu'il rapproche des armes de mêmes nature et agencement des peuplades primitives actuelles: Néo-Calédoniens, Australiens, etc.

M. MAHOUDEAU présente un *groupe-statuette* curieux, indien, provenant des environs de Pondichéry.

M. COLLIN offre une série d'*ossements préhistoriques* de grands mammifères trouvés dans le terrain quaternaire des plâtrières aux environs de Paris.

M. DIAMANDI communique une étude très étoffée sous le titre d'*Essai de démographie*.

Nous signalons avec plaisir l'apparition du premier numéro de la *Revue mensuelle de l'Ecole d'Anthropologie* de Paris, publiée par les professeurs. Chaque numéro contiendra au moins une leçon d'un des professeurs de l'Ecole. M. André Lefèvre ouvre la série par un travail très important intitulé : *Du cri à la parole*, dans lequel il étudie, au point de vue évolutionniste, l'embryogénie du langage, le cri émotionnel et le cri d'appel, l'onomatopée et la métaphore. Nous espérons que le nouvel organe de l'Ecole d'Anthropologie contribuera pour une large part à répandre, en le vulgarisant, l'enseignement si hautement scientifique et si salutaire de ses maîtres.

G. CAPUS.

REVUE DE CHIRURGIE

III. — Étude sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature; par M. le Dr Eug. GOETZ.—Stapelmohr, éditeur, Genève, 1890.

IV.—Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin; par M. le Dr Paul PUECH. — Oct. Doin, éditeur, Paris, 1890.

III.—La monographie de M. le Dr Goetz ne représente peut-être pas absolument l'état actuel de la science chirurgicale sur le point qu'il a voulu traiter en 1890 ; mais on peut dire que les recherches qu'il a faites ont un réel intérêt et une importance considérable. Depuis la thèse d'agrégation de M. Pollosson, c'est le travail le plus consciencieux qui ait été publié sur les diverses méthodes de traitement de l'anus contre nature. Et, si cet ouvrage ne présente pas, au point de vue de son exécution matérielle et de l'ordonnance de ses chapitres, toutes les qualités désirables, il n'en faut pas moins louer l'auteur de son opiniâtre labeur. Un des derniers chapitres, tout d'actualité d'ailleurs, nous a vivement intéressé : c'est celui qui a trait au traitement de l'anus contre nature par l'entérectomie avec entérorrhaphie circulaire. Ayant eu l'occasion de voir exécuter plusieurs fois à l'étranger cette opération, presque délaissée chez nous, l'ayant vu réussir en des mains habiles et ne comprenant pas pourquoi dans notre pays on n'arrive que fort rarement à éviter une catastrophe en pareille occasion, nous nous sommes bien souvent demandé à quoi étaient dus ces échecs, en faisant l'étude critique des divers procédés opératoires recommandés. Or, cette discussion nous a paru un peu écourtée dans le mémoire de M. Goetz.

Nous le regrettons d'autant plus vivement que, comme lui, nous croyons qu'on médit trop, en France, de cette opération. N'est-il pas, en effet, très remarquable de constater que certains opérateurs n'ont jamais eu de décès après une telle intervention (Billroth, Julliard, etc.), alors que d'autres chirurgiens ont éprouvé les revers les plus inattendus? Cela ne montre-t-il pas jusqu'à l'évidence qu'il y a là une sorte de choix dans les malades opérés par ce procédé, un tour de main propre à ces opérateurs heureux. Il faut remarquer, en outre, que, dans cette résection intestinale, le point capital est la façon dont on exécute : 1° l'antisepsie intestinale préopératoire, opératoire et même post-opératoire ; 2° la suture intestinale. Dans un travail récent (1), nous avons exposé notre manière de voir en ce qui concerne le premier point ; ajoutons seulement que la pratique préliminaire de Billroth (raclage des granulations tapissant l'anus ou la fistule et curage des trajets anfractueux, au moment de l'application des panse-

(1) L'*Asepsie et l'Antisepsie à l'Hôpital Bichat*, 1890.

ments antiseptiques pré-opératoires (quelques jours après le début de la diète lactée) nous semble fort recommandable. La suture intestinale qui nous satisfait le mieux est celle de Czerny (suture à double étage et même à triple, si l'on peut); les points doivent être extrêmement rapprochés et la première rangée au moins exécutée en *surjet* très serré. On peut fermer les deux bouts d'intestin avec des cravates de gaze iodoformée pendant la résection; la réduction de l'anse suturée, après l'avoir cravatée d'une bandelette de gaze iodoformée, laissée en place 24 heures seulement, a donné, devant nous, à M. le Dr Kummell (de Hambourg), deux magnifiques résultats. M. Goetz ne parle pas de ce *modus faciendi*; c'est pour cela que nous avons cru devoir le signaler.

IV. — Le travail de M. Puech a un petit défaut: les observations sur lesquelles il est basé n'ont pas été classées avec soin et il est assez difficile de se reconnaître au milieu d'elles, de découvrir dans cet amas celles qui sont inédites. A part cela, c'est une thèse digne d'une lecture. L'auteur a d'abord insisté avec raison sur ce fait que l'embryogénie de la région anogénitale ne peut à l'heure actuelle expliquer tous les cas d'anus vulvaire ou vaginal congénital. Le fait est surtout patent pour les abouchements vaginaux supérieurs; si l'on peut théoriquement comprendre les abouchements vulvaires (antéhyménéaux) ou vaginaux inférieurs (rétro-hyménéaux), le pourquoi de ces développements embryogéniques vicieux nous échappe encore, comme bien d'autres vices de conformation. — Il s'agit là d'ailleurs d'anomalies fort rares (1 sur 80,000 naissances), qu'il ne faut pas confondre avec les cas de persistance du cloaque. Sur 145 cas, cette anomalie n'était pas la seule dans 21 observations. Le sphincter externe de l'anus semble exister à la place où normalement devrait se trouver le rectum. L'abouchement vulvaire ou vaginal du rectum est ordinairement compatible avec la vie; mais ce n'en est pas moins une infirmité grave qu'on a essayé de guérir de bien des façons. L'auteur a résumé tous les procédés opératoires. En somme, étude d'ensemble sérieuse, qui n'a qu'un défaut, celui de n'apporter que fort peu de documents nouveaux; nous n'y avons pu trouver qu'une seule observation inédite; encore est-elle trop brièvement rapportée.

Marcel BAUDOUIN.

THÉRAPEUTIQUE

De l'élimination des produits azotés toxiques accumulés dans l'économie.

Par M. le Dr REYNAUD.

La chimie biologique, dans ces dernières années, a éclairé d'un jour tout nouveau la conception des maladies créées par les troubles de la nutrition. Jusqu'alors, on n'incriminait que les produits acides, surtout l'acide urique; mais, depuis les travaux de MM. les professeurs Gautier et Bouchard, qui nous font voir dans chaque cellule vivante une fabrique d'alcaloïdes toxiques, on a reconnu que ces produits basiques, ptomaïnes et leucomaïnes, lorsqu'ils ne sont pas éliminés, agissent aussitôt puissamment sur les centres nerveux et deviennent la cause première d'une série de désordres pathologiques, dont l'ensemble contribue à former le tableau symptomatologique des diverses maladies.

Pour éliminer ces substances toxiques, on a recours aux diurétiques, aux sudorifiques et aux purgatifs.

Les reins, quand ils sont sains, sont une bonne voie d'élimination; mais, le plus souvent, il y a insuffisance rénale, déterminée par les néphrites chroniques ou par sclérose du parenchyme rénal; car, d'après les docteurs G. Johnson et Murchison, la dégénérescence des reins est souvent la conséquence de l'élimination à travers les reins des produits d'une nutrition défectueuse.

La peau est une voie de suppléance bien faible pour l'élimination. On a bien conseillé les bains de vapeurs et l'emploi de la pilocarpine, mais ce sont là des moyens qui fatiguent le malade et surtout l'affaiblissement, et dont on peut prolonger l'usage sans inconvénient.

La médication purgative occupe ici la première place, elle est supérieure à la médication diurétique. Pour cela, il faut employer un purgatif qui détermine des selles sérieuses et qui, par sa composition, puisse entraîner, en se combinant avec eux, les produits toxiques accumulés dans l'économie. Les sels neutres de magnésie remplissent en partie ces conditions; ils déterminent d'abondantes selles séreuses et, par suite de la propriété des sels de magnésie que Wurtz indique dans son *Dictionnaire de chimie* : « Ces sels ont une tendance remarquable à former des sels doubles ammoniacaux solubles, » nous pensons qu'employés comme purgatifs ils absorbent, en se combinant avec eux, les produits de décomposition basiques, tels que l'ammoniaque et aussi les ptomaïnes et les leucomaïnes, qui sont des alcalis de la série des amides. Pour nous en assurer, nous avons recueilli des urines après l'absorption d'un sel de magnésie; ces urines, additionnées de phosphate de soude, ont laissé déposer, peu de temps après, de nombreux cristaux de *phosphate ammoniaco-magnésien*, facilement reconnaissables au microscope.

Les gardes-robes séreuses déterminées par cette purgation, filtrées et évaporées, ont laissé un résidu qui, chauffé dans un tube de verre avec de la potasse, dégage fortement du gaz *ammoniaque*, reconnaissable à son odeur.

Ce résidu, épuisé par l'éther, suivant la méthode indiquée par M. A. Gautier, a fourni des *ptomaïnes* à odeur de seringa, et la solution alcoolique a donné des *leucines* et des *leucoprotéines*. Ces produits *basiques* de décomposition étant éliminés, il reste dans l'économie les résidus azotés *acides* de la nutrition, tels que les acides urique, oxalique et d'autres acides organiques, en particulier les acides gras volatils.

Pour compléter l'action des sels de magnésie *neutres*, afin d'éliminer ces poisons avec les précédents, un pharmacien de Paris, M. Roy, déjà honorablement connu par ses travaux sur le quinquina, a composé un sel de magnésie avec un excès de soude et de magnésie, qu'il nomme *sel de magnésie alcalin* ou *magnésie Roy*. Ce sel, par sa propriété alcaline, neutralise et élimine, en les dissolvant, les résidus azotés acides de la nutrition; il entraîne ainsi, en se combinant avec eux, tous les produits toxiques accumulés dans l'économie et doit être considéré comme un dépuratif chimique de premier ordre.

Le drainage du sang par ce sel de magnésie alcalin, entraînant les produits azotés de décomposition, explique les succès obtenus par son emploi dans le traitement de la lithiase biliaire, l'obésité, le diabète, la goutte, la gravelle, le rhumatisme, certaines affections de la peau, divers troubles cérébraux et maladies nerveuses; enfin, dans toutes les maladies provenant d'un trouble de la nutrition ou d'un défaut d'élimination.

Les sels purgatifs neutres laissent toujours, après leur emploi, une constipation opiniâtre, provenant de l'irritation sur l'intestin des acides biliaires éliminés par ces sels. En employant la magnésie Roy, on évite ce grave inconvénient: les acides biliaires étant neutralisés par la soude et la magnésie en excès contenues dans cette préparation.

Aussi ce sel de magnésie *alcalin* est-il le plus doux des purgatifs et peut être considéré comme le moyen le plus rationnel pour combattre la constipation.

Il s'emploie à la dose d'une cuiller à café à trois cuillers à bouche, qu'il faut faire dissoudre dans un peu d'eau en remuant pour que la solution devienne limpide. Après l'avoir bue, prendre un demi-verre d'eau pure.

LES HONORAIRES DES DENTISTES. — La 7e chambre du tribunal civil, sur la plaidoirie de Me Le Berquier, vient de décider que les dentistes sont assimilables aux chirurgiens et que, dès lors, l'action qu'ils ont pour obtenir payement de leurs honoraires se prescrit, non par trente ans, comme le soutenait l'un d'eux — demandeur au procès — mais par un an. Détail assez curieux: la même chambre avait, il y a un an, décidé précisément le contraire (*Mercredi méd.*).

MÉDECINE ET POLITIQUE EN ALLEMAGNE. — On prévoyait — sans doute un peu depuis l'affaire de Koch — la retraite de M. de Gossler, ministre des cultes, *des affaires médicales* et de l'instruction publique. Il n'avait pas assisté au dernier conseil des ministres. M. de Gossler, qui était ministre depuis 1881, a en effet donné sa démission. Il sera remplacé par M. de Zedlitz-Trutzschler, président supérieur de la Posnanie. Décidément la *Tuberculose* ne se vend pas.

VARIA

Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

Etat sanitaire.

Le Comité s'est réuni, lundi dernier, sous la présidence de M. Brouardel. M. le Dr Proust a exposé l'*état sanitaire* extérieur et intérieur. A Cherbourg, la *fièvre typhoïde* a perdu beaucoup de son intensité. La *grippe* a fait son apparition dans cette ville. Depuis plus d'un mois également, un grand nombre de cas d'*influenza* se sont montrés à Constantinople.— A Salonique, ainsi que dans plusieurs villes de Turquie, on a constaté des réapparitions analogues de la grippe de l'an dernier. Cette même affection est observée également à Santiago-de-Cuba. A Carthagène, une épidémie de *diphtérie* a pris, dans la dernière semaine de février, une très grande intensité. De tous côtés, de la Mésopotamie, de l'Anatolie, de la Syrie, de la mer Rouge et du Hedjaz, les informations sanitaires au point de vue du *choléra* sont favorables. Déjà, les arrivages de pèlerins dans la mer Rouge se traduisent par centaines par jour. Le lazaret de l'île de Cameran fonctionne. On a signalé une recrudescence considérable du choléra dans l'Inde ; à Calcutta, il y a eu 130 cas dans une semaine. A Rio-Janeiro, il y a eu 9 cas de *fièvre jaune* en novembre et 10 en décembre. — Le Comité a discuté ensuite le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. Nous y reviendrons dans le prochain numéro.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France.

M. le président Roger vient d'adresser aux Présidents des Sociétés locales la lettre suivante :

Paris, le 15 février 1891.

Monsieur et très honoré Confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que l'Assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des Médecins de France aura lieu, les 5 et 6 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Nota. — MM. les membres du Conseil général de l'Association et de la Commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu, le dimanche 5 avril, à 7 heures précises, dans les Salons de l'Hôtel-Continental, rue Castiglione. MM. les présidents et délégués des Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique le dimanche 5 et le lundi 6 avril, à une heure. Afin d'accélérer, autant que possible, la publication de l'annuaire du présent exercice, MM. les présidents et secrétaires des Sociétés locales sont instamment priés de vouloir bien, s'ils ne l'ont déjà fait, adresser, dans le plus bref délai possible, à M. le Dr Blache, secrétaire, 5, rue de Suresnes, les formules et les listes qui leur ont été envoyées à remplir et à mettre au courant. MM. les présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

Trente-deuxième Assemblée générale. — Ordre du jour de la séance du dimanche 5 avril 1891 : La séance sera ouverte à deux heures. 1° Rapport de la commission de recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association générale des médecins de France ; 2° Allocution du président ; 3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, pendant l'année 1890, par M. A. Riant, secrétaire général ; 4° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892 ; 5° Election des membres du bureau dont le mandat quinquennal est expiré : MM. Larrey et Bouchacourt, vice-présidents ; M. Brun, trésorier ; M. Blache, vice-secrétaire ; 6° Présentation de candidats pour le conseil de l'Association et renouvellement partiel du Conseil général ; membres du Conseil à renouveler : MM. Cornil, Durand-Fardel, Lereboullet, Leroux, Worms, Bergeron, arrivés au terme de leur exercice. Les membres du bureau et du Conseil sont rééligibles ; 7° Première partie du rapport de M. Passant sur les pensions viagères à accorder en 1891. A sept heures précises, le banquet (Hôtel-Continental). — Ordre du jour de la séance du lundi 6 avril 1891. La séance sera ouverte à deux heures. 1° Vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale ; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale ; 3° Deuxième partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères ; discussion et vote des propositions ; 4° Exposé de l'enquête sur la question de l'assurance-maladie ; 5° Rapport de M. Worms, au nom de la Commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis par les Sociétés locales à la prise en considération de l'Assemblée générale pour être l'objet de rapports en 1892.

Les Prosecteurs d'Anatomie pathologique des hôpitaux.

Dans une note d'un article consacré à une brochure de M. le Professeur Potain sur l'organisation de l'enseignement clinique à l'Ecole de Paris, M. Lereboullet, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, écrit ceci : « Nous pourrions rappeler à M. Bourneville que le *Mercredi médical* a été le premier à insérer sur la question des laboratoires une leçon de M. Cornil, reproduite par divers journaux qui se sont bien gardés d'indiquer la source où ils l'avaient recueillie. » M. Lereboullet se trompe si réellement il comprend le *Progrès médical* dans les divers journaux auxquels il fait allusion. Il nous suffira de dire que l'article que nous avons consacré à l'ouverture du cours d'autopsies de M. le Professeur Cornil a été fait par M. Pilliet, alors interne du service. Quant à la question des laboratoires et de la création de prosecteurs ou de directeurs des autopsies, nos lecteurs se souviennent qu'il y a longtemps qu'elle a été soulevée dans les colonnes de ce journal. B.

Les Femmes pharmaciennes.

Nous lisons dans le *Journal d'Hygiène* (1) :

« Le *Progrès médical*, par la plume de son secrétaire de la rédaction, plaide la cause des femmes pharmaciennes, et M. Marcel Baudouin nous apprend qu'à ses débuts dans le journalisme médical il s'était posé ce problème :

« Comment se fait-il que, depuis vingt ans bientôt, les femmes aient pris goût aux études médicales; comment se fait-il qu'une centaine d'entre elles exercent désormais — avec autant de distinction d'ailleurs que la majorité de leurs confrères du sexe fort — les fonctions, assez peu agréables, en somme, de médecin praticien, et que pas une seule femme n'ait encore songé à embrasser la profession de pharmacien? »

Notre savant confrère fait observer, avec raison :

En premier lieu que « les études pharmaceutiques, même les plus sérieuses, sont plus à la portée des femmes que les exercices anatomiques ou physiologiques, que les travaux pratiques de médecine opératoire. » En second lieu, « qu'il est moins répugnant à un cœur sensible et mal cuirassé encore, de rincer un bocal que l'intestin d'un cadavre. » Tertio, que « les études médicales sont plus longues, plus coûteuses, et un peu plus difficiles. » Quarto, enfin, que « les femmes pourvues de diplôme de pharmacien rendraient de véritables services dans les campagnes et même dans les services hospitaliers des grandes villes. » « Combien, ajoute-t-il, de jeunes filles de bonne famille mais sans dot, pourvues d'une instruction secondaire très solide, institutrices sans place ou diplômées sans emploi, pourraient remplacer avantageusement certains pharmaciens de deuxième classe si elles avaient fait les études techniques nécessaires? »

Toutes ces raisons constituent l'évidence même, et nous comprenons fort bien que M. Marcel Baudouin fasse une propagande active en faveur de cette idée. Ce que nous comprenons moins, c'est qu'il se préoccupe du bon vouloir de l'Ecole de pharmacie et des sphères gouvernementales. L'essentiel c'est de commencer par pousser dans cette voie une demi-douzaine de jeunes filles studieuses ; l'exemple de Mlle Domergue est là pour montrer que le seuil du temple n'est pas infranchissable. Où a sauté un premier mouton, les autres sauteront de même.

Nous remercions vivement notre confrère de l'aide qu'il veut bien nous prêter en cette circonstance ; mais la preuve qu'il faut se préoccuper un peu de MM. les Professeurs de l'Ecole de Pharmacie — car les sphères gouvernementales nous paraissent acquises dès aujourd'hui — c'est qu'un de nos amis est allé à l'Ecole de pharmacie demander l'avis du Directeur. Celui-ci a jugé prudent de garder son avis pour lui seul! C'est seulement, peut-être, parce que : *Tacere præstat quam inconsiderate loqui.*

Nous extrayons encore d'une lettre de l'un de nos correspondants les plus autorisés, M. le Dr Maunoury (de Chartres), le passage suivant (2) :

« J'ai lu avec le plus grand plaisir l'article du *Progrès médical* sur les *femmes pharmaciennes.* Il est certain qu'il y a là une idée

(1) 5 mars 1891. — La plupart des journaux politiques se sont emparés de cette question ; ils la discutent actuellement (*Temps, Petit Journal, Journal illustré, Le Matin, l'Intransigeant*, etc.). Tous sont favorables à notre idée.

(2) C'est à cette lettre qu'il est fait allusion dans le Bulletin.

à répandre. J'en ai connu une qui faisait son stage dans un département voisin. Comme elle était intelligente, la femme du pharmacien chez qui elle faisait son stage l'avait prise en grippe et lui rendait la vie fort malheureuse. C'est là un point particulier. Depuis elle est morte sans avoir fini.

« Cet article me faisait songer à autre chose. Pourquoi les femmes instruites et bien élevées, les institutrices sans emploi par exemple, ont-elles si peu de tendance à se faire recevoir sages-femmes? C'est beaucoup moins long et moins coûteux que de faire sa pharmacie et cependant elle ne le font pas.

« Nos cours départementaux d'accouchement sont le plus souvent suivis par des paysannes sans instruction et souvent sans intelligence ; de sorte que nous avons un corps de sages-femmes tout à fait médiocre et insuffisant bien qu'apte à faire convenablement l'antisepsie. Et cependant c'est là une profession indépendante, qui rapporte bien trois fois plus que la profession d'institutrice. » M. B.

Service de santé militaire.

(*La démission des médecins militaires.*)

Nous croyons intéressant de citer le fait suivant :

M. X..., médecin aide-major de 1re classe, avait donné sa démission; celle-ci fut refusée. Cet officier fit alors une requête devant le conseil d'Etat, alléguant qu'il n'est lié au service militaire que par un engagement d'honneur de servir dix ans dans l'armée à partir du grade d'aide-major de 2e classe. D'après lui, en refusant d'accepter sa démission, le ministre aurait méconnu le droit qui appartiendrait aux officiers du corps de santé de quitter volontairement leurs fonctions, même avant l'expiration de leur engagement. Le ministre invoquait, au contraire, les dispositions de la loi du 19 mai 1834, qui lui confèrent des pouvoirs discrétionnaires en ce qui concerne l'acceptation ou le refus de la démission d'un officier. Le Conseil d'Etat a donné raison au ministre décidant « que le refus par le ministre de la guerre, agissant dans la sphère des attributions qui lui appartiennent sous sa responsabilité en vue des nécessités du service, d'accepter la démission du sieur X..., médecin aide-major de 1re classe, ne constitue pas un acte de nature à être attaqué devant le conseil d'Etat par la voie contentieuse. »

Avec le *Bulletin médical* du 11 mars 1891, nous constatons que c'est là le régime du bon plaisir ministériel dans toute sa pureté. On refuse les démissions par crainte de voir diminuer le nombre des médecins militaires ! Nous tombons dans la pièce à faire, comme le dit M. Noël : *Le Médecin militaire malgré lui!* Et avec lui nous répétons: *Summum jus, summa injuria.* M. B.

Faculté des Sciences de Paris.

Les cours de la Faculté s'ouvriront le lundi 16 mars 1891, à la Sorbonne (second semestre).

Physique : Les mardis et samedis, à 2 heures. M. LIPPMANN, professeur, ouvrira ce cours le mardi 17 mars. Il traitera de l'Electricité. — *Chimie organique* : Les mercredis, à 1 heure 1/2, et les vendredis, à 10 heures 1/2. M. FRIEDEL, professeur, commencera ce cours (3, rue Michelet), le mercredi 18 mars. Il traitera des composés de la série grasse. — *Minéralogie* : Les lundis et jeudis, à 2 heures 3/4. M. HAUTEFEUILLE, professeur, ouvrira ce cours, le lundi 16 mars Il traitera d'abord de la cristallographie et étudiera ensuite les principales espèces minérales. — *Zoologie, anatomie, physiologie comparée :* Les mardis et samedis à 3 h. 1/2. M. Y. DELAGE, professeur, ouvrira ce cours le mardi 17 mars. Il traitera des mollusques et des articulés. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la Licence. — *Botanique :* Les mercredis et les vendredis, à 10 heures 1/2. M. Gaston BONNIER, professeur, ouvrira ce cours le mercredi 18 mars. Il traitera de l'étude des principaux groupes de végétaux. — *Géologie* : Les mercredis et vendredis, à 3 heures. M. MUNIER-CHALMAS, chargé du cours, commencera le 20 mars. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques et s'étendra plus particulièrement sur les terrains tertiaires.

Cours annexes.

Spectroscopie et photochimie : Les mardis, à 3 heures 1/2. M. SALET, maître de conférences, chargé de cours, fera les mardis, à 3 heures 1/2, un cours de spectroscopie et de photochimie. Il commencera le mardi 17 mars (Salle des Conférences, Escalier F.). — *Chimie analytique* : Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3. Les mercredis, à 3 heures 3/4. M. RIBAN, maître de conférences, chargé de cours, continuera ce cours le mercredi 18 mars. Il traitera du dosage et de la séparation des acides. — *Histologie* : Les mardis, à 10 heures. M. J. CHATIN, professeur adjoint, chargé du cours, ouvrira ce cours le 17 mars. Il étudiera d'abord la cellule animale, puis traitera des principaux tissus considérés au point de vue de l'histologie zoologique.

Conférences sur des sujets indiqués par MM. les Professeurs. Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

Sciences physiques : M. MOUTON, maître de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis, à 9 heures, et les vendredis à 8 heures 1/2, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M. PELLAT, maître de conférences. Il continuera l'étude de l'optique cristalline, et traitera ensuite de l'électricité atmosphérique, des applications de l'induction électrique; ces conférences auront lieu les lundis, à 4 heures 1/4, et les jeudis, à 4 heures (Amphithéâtre de physique). Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures 1/2 (annexe du Laboratoire de physique). — M. JENETTAZ, maître de conférences, fera des conférences sur la *Minéralogie*, les mardis à 10 heures, et samedis, à 8 heures 1/2, dans le Laboratoire de minéralogie. — M. JOLY, professeur adjoint, fera, les mardis et les samedis, à 10 heures et 1/2 (Salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2), des conférences de chimie sur des sujets indiqués par MM. les Professeurs TROOST et DITTE. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le Laboratoire. — M. SALET, maître de conférences, continuera à traiter de la *Chimie chronique*, les samedis à 3 heures 1/2, dans la salle des conférences. — M. RIBAN, maître de conférences, fera, au laboratoire, le lundi, à 11 heures, une conférence théorique et pratique d'analyse qualitative : les travaux ont lieu tous les jours de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. Les manipulations pour la Licence, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à 9 heures. Manipulations de chimie, le vendredi, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'agrégation ; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges. — *Sciences naturelles :* M. J. CHATIN, professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis, à 10 heures 1/4, dans l'amphithéâtre d'Histoire naturelle, l'étude des organes et des fonctions de nutrition. — M. PRUVOT, maître de conférences, fera, pendant le semestre d'été, des conférences de Zoologie aux Laboratoires de Roscoff et de Banyuls. — M. VESQUE, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à 2 heures, dans la salle des Conférences, des conférences de Botanique. Il traitera la Physiologie végétale. — M. VELAIN, maître de conférences, fera, les lundis et samedis, à 8 heures 3/4, des conférences sur les diverses parties de *Géologie*. Les élèves seront exercés, au laboratoire de Géologie, à la détermination des roches et des principaux fossilles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, jeudis et vendredis, de 9 heures à 11 heures 1/2.

Les candidats aux Baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté, et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement six jours avant l'ouverture des sessions. Le registre des inscriptions prescrites pour la Licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de janvier, avril et juillet (novembre pour l'année scolaire 1891-1892). La première session pour les trois licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1891 ; la deuxième, du 25 octobre au 10 novembre. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Xe Congrès médical international de Berlin.

Les membres du Xe Congrès médical international qui a eu lieu à Berlin, en août 1890, sont informés que le premier volume des comptes rendus de ce Congrès vient d'être terminé et est à la disposition du public. Il contient ce qui a trait aux séances générales.

Les membres étrangers qui désirent recevoir ce volume par la poste sont priés d'adresser à la librairie Aug. Hirschwald, 66, Unter der Linden, à Berlin, la somme de 90 pfennigs.

Nous nous permettons de faire remarquer que dans la plupart des Congrès nationaux il n'est pas d'usage de faire ainsi payer en supplément le port des volumes. Quand il s'agit d'un Congrès international, ce n'est certes pas, nous le reconnaissons, absolument la même chose, car ici la publication comprend de nombreux fascicules. Pourtant il serait bien à désirer que dans les futurs Congrès internationaux il n'en soit plus ainsi. Cet envoi d'argent, quelques mois ou quelques années après le Congrès, ne constitue qu'une vexation ou au moins une complication qu'il serait facile d'éviter en faisant payer d'avance, c'est-à-dire en augmentant légèrement le prix de la cotisation. M. B.

Société pour la propagation de la Crémation.

(10e *Assemblée générale.*)

La dixième assemblée générale de la Société pour la propagation de la crémation a eu lieu samedi soir, 7 mars, à huit heures, dans l'une des salles du palais des Sociétés savantes, sous la présidence de M. Bourneville, assisté de M. Salomon, secrétaire général.

M. Salomon fait le résumé de ce qui s'est passé dans le monde entier depuis la dernière assemblée générale. En Italie, les incinérations se font régulièrement par les soins de différentes municipalités et de sociétés libres. L'Allemagne possède la crémation de Gotha, qui fonctionne depuis plusieurs années. A Berlin la crémation est interdite, mais la Société de cette ville espère que bientôt cette défense sera levée. En attendant, elle conduit ses corps à Gotha. A Hambourg, au mois d'octobre 1890, on a procédé à la pose de la première pierre d'un crématoire. A Francfort règne une vive agitation en faveur de la crémation.

L'Angleterre voit se produire à l'heure actuelle un mouvement important. Une Société vient de se fonder à Manchester, au capital de 75.000 francs, et dans les listes d'adhérents à la crémation figurent une foule de notabilités, parmi lesquelles le prince de Galles, quinze évêques, des lords, etc., etc. ; M. Salomon rappelle à ce propos l'incinération récente du duc de Bedford. En Suède, la 100e incinération a eu lieu en avril 1890. Le Danemark interdit la crémation, mais une Société agit en ce moment pour obtenir du gouvernement danois une loi permettant la liberté des funérailles. Même état en Autriche-Hongrie, où le conseil municipal de Picsbourg, ayant adopté une délibération en faveur de la crémation, se l'est vue annuler par le gouvernement. Il termine cette partie de son rapport en signalant les louables progrès réalisés par la Suisse et les Etats-Unis.

Dans la seconde partie, il rappelle ce qui a été fait depuis des années et invite les membres de la Société à la plus grande tolérance pour amener peu à peu le monde à envisager la crémation comme une chose toute naturelle.

M. Bourneville a pris ensuite la parole : il a montré que, grâce à la propagande qui a été faite par la presse politique et la presse médicale, l'idée de la crémation n'inspirait plus la même horreur qu'autrefois et que le public s'y habituait. Après avoir rappelé quelques-uns des motifs qui plaident en faveur de la crémation au point de vue d'hygiène, complétant les renseignements donnés par M. Salomon, il a fourni la statistique des crémations pratiquées dans les six crématoires de Tokio au Japon. Durant ces trois dernières années, il y a eu 29.013 incinérations. Toutes les précautions recommandées par l'hygiène sont soigneusement prises. (Voir ci-dessous).

Il a fait connaître ensuite la statistique des incinérations pratiquées à Paris. En 1889, il y a eu 49 incinérations demandées par les familles et 700 incinérations de corps provenant des amphithéâtres d'anatomie. En 1890, on a compté l'incinération demandée par les familles de 121 corps, celle de 2.188 corps des hôpitaux et de 1079 embryons, soit un total de 3.388. Les 121 corps incinérés sur la demande des familes se répartissent ainsi : 65 hommes, 36 femmes et 21 enfants.

Après cette intéressante énumération dont nous ne donnons ici que le résumé, M. Bourneville insiste sur l'esprit de tolérance dont ont fait preuve la Société de crémation et le Conseil municipal qui, à aucun moment, n'ont fait intervenir la politique ou la religion dans leurs discussions. Cette tolérance n'a pas été imitée par le clergé catholique qui, docile aux ordres du pape et à ceux de Saint-Office, répudie entièrement cette mesure essentiellement hygiénique. Après les entraves administratives, dit l'orateur, surviennent les entraves religieuses. Pour en venir à bout il fait un pressant appel au zèle de tous les membres de la Société afin qu'ils fassent une active propagande en faveur de l'incinération.

Il est ensuite procédé à la nomination d'un nouveau membre du comité. M. Viguier, président du Conseil général de la Seine, est nommé à l'unanimité.

M. Georges Martin, reprenant une idée exposée par M. Salomon, demande la terminaison immédiate du crématoire du Père-Lachaise, insuffisant, mal aménagé pour le cérémonial. La Société adopte cette proposition et le bureau est chargé de faire une démarche auprès du président du Conseil municipal pour hâter les travaux de façon à ce que la ville de Paris possède un monument vraiment digne d'elle. La séance est levée à dix heures.

A. R.

La Crémation au Japon (1).

La ville de Tokio, au Japon, a actuellement six crématoires établis suivant les règlements de police d'avril 1887. Ils fonctionnent depuis 3 ans. Nous avons devant les yeux les rapports des années 1888, 1889, 1890, dont nous extrayons la table suivante, montrant le nombre de corps consumés, les dépenses et les recettes pour chaque installation.

Nombre de corps consumés pendant les années 1888, 1889 et 1890, dans les crématoires ci-après :

	NIPPORI	KIRIGAYA	KAMEDO	KOZENSHA	OCHIAI	SUNAMWRA	TOTAUX
1re CLASSE :							
Adultes	53	26	34	18	17	6	
Enfants	3		1	0	0	0	
2e CLASSE :							
Adultes	1.428	758	564	295	110	187	
Enfants	194		73	17	4	32	
3e CLASSE :							
Adultes	7.986	2.684	4.293	932	118	1.678	
Enfants	2.656	»	1.761	310	46	625	
Corps des pauvres	1.030		530	»	4	540	
Totaux	13.350	3.468	7.256	1.572	299	3.068	29.013
Salaires reçus. Fr.	93.751 55	26.923 60	46.862 50	12.930 75	2.958 50	19.728 15	203.155 05
Dépenses	53.473 10	19.525 55	30.910 50	8.472 20	1.342 25	21.790 05	135.523 65

Le prix moyen pour la crémation d'un adulte en première classe est de 32 fr. 55 et pour un enfant 22 fr. 15. Pour un adulte de deuxième classe ce prix est de 11 fr. 55 et de 6 fr. pour un enfant. La dépense faite par l'établissement pour la crémation d'un corps humain est de 4 fr. 70 environ.

D'après les ordonnances de police, tous les crématoires doivent être hors la ville et distants d'au moins 230 mètres de toute maison habitée, et ils doivent être entourés de murs d'arbres ou autres clôtures. L'appareil de crémation doit être construit en briques et être suffisamment grand pour pouvoir brûler au moins 25 corps à la fois. La cheminée doit avoir au moins 10 mètres de haut. Il doit y avoir une salle spéciale pour brûler les détritus et aussi deux salles réservées à la désinfection. Les prix du tarif doivent être approuvés par la police. En règle générale, la crémation doit être effectuée entre le coucher et le lever du soleil mais, dans des cas tous spéciaux, les autorités de police peuvent donner l'autorisation de faire l'opération pendant le jour.

On ne peut faire la crémation sans un certificat de décès en

(1) Extrait du *Engineering Record* du 14 février 1891.

règle et pas avant 24 heures après la mort, à moins que le décès n'ait été causé par une maladie contagieuse. Le corps doit être soigneusement transporté; on ne doit pas enlever le linceul. Tout doit être tenu de la plus grande propreté.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Ch. Richet, Reynier, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Tillaux, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*): MM. Fournier, Chauffard, Brissaud. — (2e *Série*): MM. Potain, A. Robin, Letulle. 4e *de Doct.*: MM. Hayem, Straus, Déjerine.

MARDI 17.—Dissection: MM. Le Fort, Mathias-Duval, Quenu. —3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Duplay, Polaillon, Nélaton. — (2e partie): MM. Debove, Legroux, Quinquaud. — 4e *de Doctorat*: MM. Proust, Dieulafoy, Gilbert.— 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité): MM. Guyon, Tarnier, Campenon.—(2e partie): MM. Peter, Cornil, Hutinel.

MERCREDI 18. —Médecine opératoire: MM. Tillaux, Reynier, Tuffier. — 2e définitif (Officier de santé): MM. Straus, Ricard, Letulle. —(2e partie): MM. Ch. Richet, Déjerine, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Marc Sée, Kirmisson, Segond. — 4e *de Doctorat*: MM. Hayem, Netter, Marie.

JEUDI 19. — Dissection: MM. Polaillon, Schwartz, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*): MM. Panas, Nélaton, Maygrier. — (2e *Série*): MM. Guyon, Humbert, Bar.— (2e partie): MM. Cornil, Dieulafoy, Gilbert. — 4e *de Doctorat*: MM. Bouchard, Proust, Hanot.

VENDREDI 20. — Dissection: MM. Marc Sée, Reynier, Ricard. 1er *de Doctorat*: MM. Regnault, Villejean, Pouchet.—4e *de Doctorat*: MM. Grancher, Chauffard, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*): MM. Terrillon, Bar, Jalaguier. — (2e *Série*): MM. Tillaux, Ribemont-Dessaignes, Tuffier. — (2e partie): MM. Straus, Brissaud, Marie.

SAMEDI 21. — Dissection: MM. Polaillon, Remy, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*): MM. Debove, Hanot, Hutinel. — (2e série): MM. Dieulafoy, Legroux, Ballet. — 4e *de Doctorat*: MM. Peter, Laboulbène, Villejean. — 5e *de Doctorat* (1re partie)(Hôtel-Dieu): MM. Panas, Le Dentu, Maygrier. — (2e partie): MM. Bouchard, Gilbert, Chantemesse.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 18. — M. Jean. De la pleurésie hémorrhagique au cours de la cirrhose alcoolique. — M. Bengué. Contribution à l'étude des œdèmes rhumatismaux. — M. Charhonneau. Etude historique et critique de la pseudo-paralysie générale syphilitique. — Mlle Aschpiz. Pleurésies qui accompagnent le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

JEUDI 19. — M. Roule. Etude sur le développement et la structure du tissu musculaire. — M. Souques. Contribution à l'étude des syndrômes hystériques. — M. Dutil. Contribution à l'étude clinique des tremblements hystériques. M. Garsonnin. Histoire de l'hôpital Saint-Antoine et de ses origines. — M. Peillon. Etude historique des organes génitaux de la femme, la fécondation et l'embryogénie humaines, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la Renaissance. — M. Dreumont. De la petitesse de la tête fœtale et de son rôle dans la dystocie. — M. Marchais. Contribution à l'étude clinique de la rage humaine. — M. Vangeon. Contribution à l'étude de la métrite chronique par les caustiques. — M. Cupillard. De l'œdème en pathologie générale. — M. Cadeac. Contribution à l'étude de la cholicystite suppurée (sympt. et diagn.

Enseignement médical libre.

Electrothérapie gynécologique.—M. Le Dr BRIVOIS commencera le lundi 6 avril un cours libre d'Electrothérapie gynécologique. Le cours sera complet en neuf leçons et durera un mois. Théorique et pratique, il comprendra toutes les opérations électriques pratiquées sur l'utérus et ses annexes. Les élèves exécuteront eux-mêmes ces opérations. S'inscrire à la Clinique du Dr Brivois, 15, rue Malebranche, tous les jours de 1 h. à 3 heures.

Cours de gynécologie. — M. le Dr AUVARD, le mardi 5 mai, à 4 heures 1/2, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche.

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Thérapeutique oculaire.— M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

2e *Cours de gynécologie opératoire* (*Policlinique de Paris*). — MM. VULLIET, LUTAUD et Ad. OLIVIER, le mardi, à 2 heures de l'après-midi.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD commencera son cours public et gratuit le lundi 16 mars, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Conférence sur la laïcisation de l'Assistance publique: M. BOURNEVILLE, jeudi 19 mars, mairie du VIe arrondissement (Saint-Sulpice), à 8 heures 1/2.

Enseignement municipal supérieur.

Cours de Biologie. — Professeur, M. G. POUCHET, à l'hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

FORMULES

IX. — Cantharidate de potasse contre la tuberculose.

(LIEBREICHT).

L'auteur emploie le cantharidate de potasse en injections sous-cutanées. La dose maxima qui puisse être injectée sans danger, dit L.-H. Petit dans l'*Union médicale* (7 mars), est de 0 gr. 0,006; la meilleure dose thérapeutique est de 0 gr. 0,001 à 0 gr. 0,002.

Voici le mode de préparation du médicament: On chauffe au bain-marie 0 gr. 20 de cantharidine avec 0 gr. 40 de potasse et 20 centimètres cubes d'eau; on ajoute ensuite de l'eau pour faire un litre. Chaque centimètre cube contient alors 0 gr. 0,002 du médicament.

Cette substance a été essayée dans la tuberculose laryngée, par MM. B. Frænkel et P. Heymann. Elle détermine une transsudation séreuse abondante qui entrainerait les bacilles et favoriserait la cicatrisation des lésions tuberculeuses.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Fermeture des bocaux dans les Musées anatomiques.

A mesure que les collections d'anatomie pathologique deviennent des éléments d'étude de plus en plus indispensables, la conservation d'un grand nombre de pièces dans un liquide approprié tend à se substituer à la préparation par montage ou dessication. Les bocaux, qui furent longtemps bouchés au liége et au moyen de divers mastics plus ou moins imperméables, sont remplacés désormais par des conserves avec pied, généralement cylindriques (1), bouchées à l'aide de disques en verre rodés d'un côté et qui s'appuient sur les bords du vase qui ont été eux-mêmes dépolis. Après y avoir introduit la pièce et versé à la hauteur convenable le liquide conservateur, on recouvre le disque d'un morceau de parchemin ramolli à l'eau dont les bords sont rabattus et fortement serrés au-dessus du cordon, au moyen d'un fil ciré et très résistant. Le parchemin, en séchant, se contracte et se moule sur toute la surface qu'il recouvre en formant une fermeture hermétique. Mais ce mode d'obturation a l'inconvénient, quand on veut étudier la pièce en dehors du vase, d'obliger à rompre le fil pour la retirer et souvent à déchirer l'enveloppe en parchemin qu'il faut renouveler ensuite. Aussi, dans certaines collections de formation récente, les échantillons sont tous contenus dans des flacons à l'émeri.

Frappé de l'inconvénient que nous venons de signaler dans le mode de fermeture des conserves à disques de verre, un amateur distingué dans la construction mécanique de précision, M. Gaston Bastard, de Jard (Vendée), propose d'employer un autoclave de son invention. Il consiste, dit la *Revue des sciences naturelles de l'Ouest* (no 1, 1891), en une lame métallique disposée au-dessus et à une certaine distance du disque dans le sens du diamètre, dont les extrémités viennent saisir les bords de la conserve; un perfectionnement ingénieux permet à la lame de s'allonger et de s'accommoder exactement à leur dimension, ceux-ci n'étant jamais très réguliers. En même temps, un ressort d'acier placé au centre s'appuie sur le disque du verre, sous lequel on peut intercaler une rondelle de parchemin. Dans ces conditions, la fermeture est d'une étanchéité parfaite. Ajoutons que l'inventeur a construit un outillage avec lequel il peut produire un grand nombre d'autoclaves à la fois de diamètres différents, tous d'une régularité absolue.

Il est à souhaiter que cette innovation réussisse et que l'*autoclave-élastique*, — tel est le nom qu'on lui donne, — soit adopté dans les musées et les collections d'anatomie pathologique de Paris. Sans cela, si les pièces doivent rester enfouies dans

(1) Les bocaux *cubiques* à angles légèrement arrondis seraient bien préférables, parce qu'on verrait la pièce par transparence, sans qu'elle subisse de déformation. Ils sont faciles à nettoyer, laissent moins de place perdue, et se trouvent facilement dans le commerce depuis l'usage des accumulateurs. Les bocaux, en forme de cylindre régulier ou un peu comprimé, employés dans les musées parisiens, nous ont joué plus d'un vilain tour, en grossissant les objets.

les bocaux sans qu'on puisse les étudier à son aise, il est presque inutile de tant dépenser pour former des collections qui ne constituent dès lors que des objets de luxe. M. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 1er mars 1891 au samedi 7 mars 1891, les naissances ont été au nombre de 1308 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 496 ; illégitimes, 190, Total, 686. — *Sexe féminin :* légitimes, 456 ; illégitimes, 166, Total, 622.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er mars 1891 au samedi 7 mars 1891, les décès ont été au nombre de 1254 savoir : 644 hommes et 610 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 4, T. 8. — Variole : M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole : M. 13, F. 11, T. 24 — Scarlatine : M. 6, F. 3, T. 9. — Coqueluche : M. 6, F. 1, T. 7. — Diphtérie, Croup : M. 20 F. 26, T. 46. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 129, F. 88, T. 217. — Autres tuberculoses : M. 30, F. 13, T. 43. — Tumeurs bénignes : M. 00, F. 6, T, .6 — Tumeurs malignes: M. 17, F. 46, T. 63. — Méningite simple : M. 16, F. 15. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 17, T. 49. — Paralysie : M. 6, F. 4, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 6, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 38, T. 70. — Bronchite aiguë : M. 25, F 27, T. 52 — Bronchite chronique : M. 27, F. 32, T. 59. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 20, T. 42 — Pneumonie : M. 42, F. 48, T. 90. — Gastro-entérite, biberon, M. 11, F. 15, T. 26 — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 4, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 2, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 10, F. 19, T. 29 — Sénilité : M. 16, F. 33, T. 49. — Suicides : M. 13, F. 7, T. 20. — Autres morts violentes : M. 4, F. 2, T. 6. — Autres causes de mort : M. 136, F. 106, T. 242. — Causes restées inconnues : M. 9, F. 10, T. 19.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 35, illégitimes, 18. Total : 53. — *Sexe féminin :* légitimes, 29, illégitimes, 15. Total : 44.

Faculté de médecine de Paris. — M. Campenon, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de pathologie chirurgicale à ladite Faculté. — M. Bar, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1890 1891, d'un cours complémentaire d'accouchements à ladite Faculté. — M. Maygrier, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, en 1891, d'un cours de clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes à ladite Faculté.

Cours de médecine légale. — M. le Pr Brouardel commencera le cours de médecine légale le vendredi 10 avril 1891, à 4 heures de l'après-midi (grand Amphithéâtre), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Cours de Pathologie expérimentale et comparée. — M. le Pr Straus commencera le cours de Pathologie expérimentale et comparée le lundi 6 avril 1891, à 5 heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. à l'Amphithéâtre du laboratoire de Pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage). Objet du cours : *Technique et méthodes bactériologiques ; Principales maladies microbiennes, en particulier la tuberculose ; Toxines d'origine microbienne.*

Cours de Physiologie. — M. le Pr Ch. Richet commencera le cours de Physiologie le mardi 7 avril 1891, à 5 heures (grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de Pharmacologie. — M. le Pr Regnauld commencera le cours de Pharmacologie le mardi 7 avril 1891, à 1 heure (petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Exercices opératoires. (*Ecole pratique*). — *Premier cours.* — M. le Pr Potherat, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration le mardi 17 mars 1891, à 1 heure précise, Pavillon n° 3.

Manœuvres obstétricales. (*Ecole pratique*). — M. Bar, agrégé, commencera les exercices opératoires d'obstétrique, à l'Ecole pratique (Pavillon n° 6), le mardi 14 avril 1891, à 3 heures de l'après-midi, et les continuera tous les jours suivants, à la même heure. Les inscriptions pour les Manœuvres obstétricales seront reçues au Secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 8 avril inclusivement. Seront seuls admis : 1° Les Elèves pourvus de 16 inscriptions ; 2° Les Elèves de 4e année, possesseurs de 14 inscriptions. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Thibault (Arsène), docteur en médecine, est nommé chef de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, en remplacement de M. Charrier, démissionnaire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Landois (Eugène-Gustave), docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, en remplacement de M. Gaboriaud, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1891, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. Langlois est maintenu, pour une période de trois ans, à partir du 12 avril 1891, dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central en Chirurgie.* — Les membres du jury du concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sont jusqu'à nouvel ordre et sous réserve d'acceptation : MM. Quénu, Paul Segond, Nélaton, Péan, Benjamin Anger, Le Fort et Huchard. — Les candidats inscrits à ce concours sont : MM. Albarran, Hartmann, Villemin, Sébileau, Clado, Lyot, Ménard, Lejars, Potherat, Recamier, Delbet, Beurnier, Guinard, Castex, Thiéry, Demoulin, Rieffel, Rochard.

Académie de médecine. — *Commissions des Prix pour* 1891. — L'Académie a procédé à la nomination des Commissions de prix pour l'année 1891. Voici quelle est la composition de ces Commissions : *Prix de l'Académie* : MM. Proust, Colin (Léon) et Le Roy de Méricourt. — *Prix Almarenga :* MM. Polaillon, Le Dentu et Quinquaud. — *Prix Barbier :* MM. Sée (Marc), Jaccoud et Weber. — *Prix Buignet :* MM. Gautier, Gariel et Bouchardat. — *Prix Capuron :* MM. Tarnier, Budin et Robin. — *Prix Civrieux :* MM. Charcot, Mesnet et Blanche. — *Prix Daudet :* MM. Labbé, Lannelongue et Terrier. — *Prix Desportes:* MM. Hardy, Moutard-Martin et C. Paul. — *Prix Godard :* MM. Lefort, Péan et Périer. — *Prix de l'Hygiène de l'Enfance :* La Commission. — *Prix Itard :* MM. Laboulbène, Dujardin-Beaumetz et Dieulafoy. — *Prix Laborie :* MM. Larrey, Verneuil et Guyon. — *Prix Laval :* MM. Brouardel, Bouchard et Peter. — *Prix Meynot :* MM. Villemin, Panas et Javal. — *Prix Monbinne :* MM. Empis, Trasbot et Cadet de Gassicourt. — *Prix Nativelle :* MM. Prunier, Marty et Moissan. — *Prix Portal :* MM. Cornil, Besnier et Lancereaux. — *Prix Pourat :* MM. Duval, Potain et François Franck. — *Prix Vernois :* MM. Nocard, Ollivier et Lereboullet.

Asile d'aliénés de la Seine. — *Internat.* — Ont été nommés internes titulaires à la suite du dernier concours : MM. Pécharman, Pribat, Larroussinie, Dannion et Boissier ; — internes provisoires : MM. Gasselin, Nollet, Monsarrat, Croustel et Daguillon.

Association amicale des internes des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril. Les membres de l'Association qui auraient quelque communication à faire ou qui désireraient poser leur candidature aux fonctions de membre du comité sont priés de le faire savoir avant le 15 mars, en s'adressant au président de l'Association, M. le professeur Hardy, à Paris, 5, boulevard Malesherbes.

Conférence Scientia. — Le jeudi 5 mars a eu lieu, à l'Hôtel Continental, le seizième dîner de la *conférence Scientia*, offert à M. de Quatrefages. Une nombreuse assistance avait tenu à honorer ce savant, un des doyens et des maîtres de la science française.

Congrès des Naturalistes et Médecins allemands. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès aura lieu à Halle du 21 au 25 septembre prochain.

Congrès français de Chirurgie. — Nous rappelons à nos lecteurs que ce Congrès aura lieu à Paris du 30 mars au 4 avril.

Hygiène sociale. — M. le Dr Henri Napias, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, fera, dimanche prochain, à dix heures du matin, à l'Association polytechnique, une conférence publique et gratuite sur « l'ouvrier à l'atelier, risques, accidents et maladies professionnelles. »

Hygiène publique. — En raison du développement de la fièvre aphteuse dans les Etats voisins, le Conseil fédéral de Suisse a interdit dès maintenant l'entrée du bétail étranger. Les bœufs, veaux, porcs et moutons destinés à la boucherie et munis de certificats d'origine et de santé pourront entrer, sous la réserve qu'ils seront immédiatement dirigés sur l'endroit où ils doivent être abattus.

Fêtes Universitaires de Gand. — En raison du caractère politique que paraissent devoir revêtir les prochaines fêtes universitaires de Gand, en ce moment où la question de la revision est vivement agitée en Belgique, l'Association générale des étudiants de Nancy est revenue sur sa précédente décision et a décidé du ne pas envoyer de délégués à ces fêtes. Cette décision connue, un certain nombre d'étudiants se sont formés en comité républicain et ont délégué, au nom de ce comité, deux étudiants qui se rendront aux fêtes de Gand.

Hôpital Saint-Étienne. — *Incendie.* — Mercredi dernier un incendie s'est déclaré à l'hôpital de Saint-Étienne. Le feu a commencé dans la salle affectée aux varioleux, actuellement vide, et qui avait été désinfectée dans la journée d'hier. L'incendie s'est communiqué rapidement à la lingerie, située au-dessous et au dortoir des sœurs infirmières. On a eu le temps de faire sortir les fiévreux occupant une salle voisine déjà remplie de fumée. Malgré la promptitude des secours, l'incendie a gagné rapidement et on a dû se borner à le circonscrire. A quatre heures on était maître du feu. Les dégâts sont évalués à 150.000 fr.

Influenza en Allemagne. — On annonce que l'influenza a éclaté de nouveau à Berlin. La maladie ne paraît pas devoir exercer les mêmes ravages que l'année dernière. Toutefois elle a un caractère épidémique, a atteint un grand nombre de personnes dans le courant du mois de février, paraît se maintenir avec la même intensité au mois de mars et a déjà causé un certain nombre de décès.

Le secret professionnel. — *Le futur Procès de l'Eternelle Blessée.* — Dans un de nos derniers numéros nous avons conté comment M. le Dr Vigné (d'Octon) se trouvait poursuivi devant les tribunaux, sous le fallacieux prétexte que dans un de ses romans il avait raconté un fait de sa clientèle, d'une façon tellement exacte que son client s'y était reconnu et avait vu là un manquement grave à l'obligation du secret médical. Certains journaux de médecine ont publié le fameux passage du non moins fameux volume; il s'agit simplement d'une étude psychologique de deux « êtres unis par le mariage et séparés par le vaginisme. » D'autres ont inséré *in extenso* la prose juridique de l'officier ministériel. Comme nous le disions, tout cela n'aboutira probablement qu'à nous faire connaître les autres œuvres du collaborateur intermittent du *Figaro* et de la *Revue bleue*. Rappelons à ce propos que récemment le spirituel chroniqueur, M. H. Fouquier, disait: « Il y a quelques mois à peine une jeune femme, dont le sort est semblable à celui de l'*Eternelle Blessée*, publiait un roman où elle traitait cette question des inconvénients, avantages et compensations du platonisme forcé. » — D'après le *Mercredi Médical*, M. Lemerre, éditeur, a fait tirer l'*Eternelle Blessée* à quelques milles de plus, et ce serait le mari navré, «*qui aurait violé le secret professionnel,* »..... si du moins on peut considérer le mariage comme une profession !

Voilà une publicité bien entendue ! M. B.

Les épidémies dans l'armée. — *Scarlatine.* — Un journal militaire annonçait jeudi dernier que la fièvre scarlatine avait fait son apparition à l'Ecole de Saint-Cyr. Le fait est exact et remonte déjà à quelque temps. Grâce aux mesures prises à temps, l'épidémie peut être considérée maintenant comme absolument enrayée. Quinze élèves seulement ont été atteints par la maladie. Leur état n'a jamais inspiré de sérieuses inquiétudes.

Fièvre typhoïde. — Les nouvelles de Montargis et de Lisieux sont également satisfaisantes. L'épidémie de fièvre typhoïde est arrêtée dans ces garnisons.

Les femmes dans les Universités en Allemagne. — Le Reichstag a discuté mercredi dernier à Berlin une pétition demandant l'admission des femmes aux études universitaires, y compris les études médicales, ainsi qu'à la profession de médecin. Le Reichstag a simplement passé à l'ordre du jour.

Laïcisation en province. — La *Semaine Religieuse* de Sens annonce que, le samedi 14 février, les sœurs de la Présentation de Tours qui desservaient l'Asile des vieillards à Auxerre ont été congédiées par suite d'un arrêté de laïcisation. — D'autre part la *Semaine Religieuse* de Paris nous apprend que l'Hospice de Buis-les-Barcines (Drôme) a été laïcisé il y a quelque temps. — Nous profitons de l'occasion pour prier nos lecteurs de nous faire connaître les hôpitaux, hospices, orphelinats ou asiles municipaux et départementaux de leur région qui sont confiés à des laïques.

Les maladies contagieuses dans les Lycées. — *Usage du Téléphone.* — Dans certains lycées, les parents ne peuvent voir leurs enfants lorsque ceux-ci sont atteints d'affections contagieuses. Pourquoi, à l'exemple de ce qui se passe dans quelques hôpitaux, ne leur faciliterait-on de communiquer avec leurs enfants, au moyen du téléphone, lorsque l'état nerveux du malade rend possible cette communication (*Prat. méd.*).

La Tuberculine et ses effets en Espagne. — La commission de six médecins, chargée d'étudier le traitement de Koch et de pratiquer des inoculations dans les hôpitaux de Madrid, vient de publier la note suivante: « En raison du résultat peu satisfaisant obtenu par les inoculations, la commission des hôpitaux les a définitivement suspendues. » Il paraît qu'aucun phtisique n'a été guéri et qu'on n'a même pas vu une amélioration dans l'état des malades.

Médecins sénateurs. — Un groupe de républicains de Périgueux se propose d'offrir la candidature de sénateur à M. le Dr Peyrot, professeur agrégé de chirurgie à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, président de l'Association amicale des Périgourdins à Paris.

Médecins députés. — M. le Dr Escanyé, républicain, vient d'être réélu député des Pyrénées-Orientales.

Médecins conseillers généraux. — Dans le canton de Cette (Hérault), M. le Dr Scheydt, républicain, a été élu, dimanche dernier, conseiller général par 2.900 voix contre 2.055 à M. Combès, socialiste.

Missions scientifiques. — M. de Baye, correspondant du ministère de l'instruction publique, est chargé d'une mission en Hongrie à l'effet d'y poursuivre ses recherches relatives à l'achéologie du IIIe au IXe siècle.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le Pr Edouard Bureau a commencé le cours de botanique (classifications et familles naturelles), le samedi 7 mars 1891, à deux heures, dans le grand Amphithéâtre. Il traitera, comme les années précédentes, des *plantes fossiles* et des *plantes vivantes*, dans deux séries de leçons qui seront le complément l'une de l'autre. — *Plantes fossiles*: Le professeur parlera des plantes fossiles phanérogames et de leurs affinités dans la flore actuelle Il passera en revue une partie des monocotylédones à pétale, en insistant sur l'âge relatif des différentes familles appartenant à ces groupes. Ces leçons auront lieu dans le grand Amphithéâtre, tous les samedis à deux heures, pendant les mois de mars et d'avril, et à midi et demi depuis le mois de mai inclusivement jusqu'à la fin du cours. — *Plantes vivantes*: Les leçons porteront sur les familles de plantes polypétales. Elles se feront dans le laboratoire de botanique, rue du Buffon, 63, et seront à la fois théoriques et pratiques. Elles commenceront le mardi 5 mai et se continueront les samedis et mardis suivants. Les leçons du mardi auront lieu à midi et demi, celles du samedi à 1 h 1/2. Des herborisations auront lieu ultérieurement.

Nouveaux Journaux. — Le premier numéro de la *Revue des sciences naturelles de l'Ouest* vient de paraître. Cette nouvelle revue, qui comprendra par an 4 fascicules de 64 à 92 pages, en format in-8°, publiera, accompagnées s'il y a lieu de planches et de dessins ou de cartes, toutes les communications relatives aux provinces de l'Ouest et du domaine des Sciences naturelles qu'on voudra bien lui adresser Elle est dirigée par de jeunes naturalistes de province et de Paris, qui se sont assurés la collaboration de savants, dont les noms sont bien connus dans le monde scientifique. Le premier numéro contient, entre autres, un très intéressant article de notre collaborateur, M. le Dr Jousset de Bellesme, et une note nécrologique sur le Dr Souverbie (de Bordeaux), naturaliste distingué dont nous avons déjà annoncé le décès. Nous souhaitons à cette nouvelle publication tout le succès qu'elle mérite et adressons nos félicitations les plus sincères à ses rédacteurs pour leur courageuse initiative. Adresser tout ce qui concerne la rédaction et l'administration, 14, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Service de santé militaire. — *Armée territoriale.* — Par décret du 27 février 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale: *Au grade de médecin aide-major de 2e classe*. MM. les Drs Blessing, Boé, Dauthuille, Marque, Guillon, Bloch, Perchaux, Cousin, Legry, Delagénière, Eraud, Auvergniot, Mouls, Jabot, Benoist, Mosnay, Leudet, Sauzay, Gibotteau, Chevillot, Hillemand, Adenot, Aubert, Carrère, Martin, Monnier, Natier, Pellisson, Coffin, Menne, Parmentier, Décressac et Mary.

Service médical de nuit. — Pendant le dernier trimestre de l'année précédente, le service organisé depuis 15 ans a compté 2,390 visites. Dans ce nombre, les hommes entrent dans la proportion de 30 0/0, les femmes de 50 et les enfants de 20. Les visites ont été moins nombreuses, dans ce trimestre de 1890, que dans le trimestre correspondant de 1889; alors l'influenza sévissait à Paris avec une énergie souvent mortelle. En un mot, le nombre total des visites de nuit faites par les médecins attachés ou plutôt adhérents à ce service, dans l'année écoulée, a été de 9,110, en excédent

de 556 sur celles de la précédente année. Cette différence suffirait à établir l'importance exceptionnelle de cette institution.

SOCIÉTÉ DES AMIS DE L'UNIVERSITÉ LYONNAISE. — La Société des amis de l'Université lyonnaise poursuit avec succès la série de ses conférences. Après MM. Jules Simon, Janssen, etc., elle a invité M. Melchior de Vogüé, membre de l'Académie, qui a pris pour sujet de conférence l'avenir de l'Afrique. L'assistance était nombreuse; on remarquait MM. le général Berge, gouverneur de Lyon, Cambon, préfet du Rhône, de nombreux professeurs, etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE D'ANVERS.—*Concours de* 1891. — Cette Société de médecine organise, pour l'année 1891, un concours portant sur les questions suivantes : 1° Préciser les conditions de la laparotomie dans la dystocie; 2° Exposer le traitement médical et chirurgical de la lithiase biliaire, avec résultats statistiques; 3° Traitement des plaies perforantes de l'abdomen. — *Conditions du concours :* Le prix, pour chacune de ces questions, consistera en une médaille d'or (de la valeur de 100 francs), une médaille d'argent ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les Annales de la Société. Les mémoires devront être envoyés au secrétariat, avenue des Arts, 52, *dans les formes académiques habituelles*, avant le 1er juin 1891 et seront accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur et la devise de son travail.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr CASTERA (de Portets). — M. le DANIEL (de La Seyne). — M. le Dr BISTOS-VAYSSE (de Isle-en-Dodon). — M. le Dr MALTRAIT (de Saint-Bonnet-le-Château, Loire), reçu en 1881. — M. le Dr ROYER, Alphonse (de Lyon), mort de diphtérie à 34 ans. M. Royer était agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. M. le Pr Lépine a publié une notice sur ce décès (1). — M. le Dr SALLERON, médecin principal de première classe en retraite, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de Lyon. — M. le Dr CABASSE (de Bourbonne-les-Bains, Hérault).— M. CAYET, officier de santé à Verdun-le-Vieil (Pas-de-Calais), reçu en 1856. — M. le Dr BACHELIER, médecin de 2e classe, vient de succomber à Kotonou, à l'âge de 31 ans. Cet officier a été enlevé par un accès de fièvre pernicieuse dans le Golfe de Bénin. — M. le Dr JARDIN (de Paris). — M. le Dr SAVOURIN (d'Angles-sur-Langlin). — M. le Dr FLAVARD (de Marseille). — M. le Dr Henri BARBAU (de Rochefort). — M. le Dr Léon BÉLIARD (d'Ancenis). — M. le Dr JENDRASSIK, professeur de physiologie à la Faculté de Budapest. — M. Charles CHAMPAGNE, un des internes les plus distingués de l'hôpital de Saint-Denis, vient de s'éteindre à l'âge de vingt-six ans, victime de son dévouement. Le 16 du mois dernier, à la suite d'injections intra-utérines faites à une femme atteinte d'infection puerpérale, il s'aperçut de quelques traînées de lymphangite partant d'une légère écorchure du pouce. Malgré les soins éclairés et dévoués de ses maîtres, l'infection se généralisa rapidement, et M. Champagne succombait le 8 mars. La ville de Saint Denis tout entière a pris part au deuil de l'hôpital et lui a rendu avec pompe les derniers honneurs. Ajoutons avec respect un nom de plus sur le livre d'or de nos martyrs professionnels.— M. K.-I. MASMOWICZ, botaniste, qui a publié des travaux très appréciés. — M. ALEXÉIEFF, professeur de chimie à Kiew.

---

(1) Voir Leçon clinique de M. Lépine (*Prog. méd.*, 7 mars 1891).

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures.— M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie.* M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale* : M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2.—*Clinique médicale* : M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le Dr MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

BERNHEIM. — Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Etude nouvelle. Volume in-8° de 518 pages. — Prix. . . . 9 fr.

BERHEIM (H.) et SIMON (P.). — Recueil de faits cliniques 1883-1886. Volume in-8° de 251 pages. — Prix. . . . . . 4 fr.

FORNÉ (F.). — La Résine de Kaori et ses applications thérapeutiques. Brochure in-8° de 24 pages. — Prix. . . . 1 fr.

JAKULOWSKA. — Des résultats immédiats et éloignés du traitement électrique des fibromes utérins par la méthode du Dr Apostoli. Volume in-8° de 91 pages. — Prix. . . . . . . 2 fr. 50

POLO. — Des contre-indications du cathétérisme de la Trompe d'Eustache. Nécessité de l'asepsie. Brochure in-8° de 6 pages.

RICHARD (E.). — Précis d'hygiène appliquée. Volume in-18 cartonné de 779 pages, avec 307 figures. — Prix . . . 9 fr.

TERRILLON (O.). — Salpingites et ovarites. Volume in-8° de 216 pages. — Prix . . . . 5 fr.

VARIOT (G.) — L'Anthropoplastie galvanique. Recherches sur la conservation du corps humain par les procédés galvanoplastiques. Brochure in-8° de 11 pages. — Prix. . . . . 1 fr.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne, 2.

CUELLAR (M.). — Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines. Les fibromes et le cancer de l'utérus. Volume in-8 de 119 pages.

DUROZIEZ (P.). — Traité clinique des maladies du cœur. Volume in-8 de 503 pages. — Prix . . . . 10 fr.

LAWSON TAIT. — Traité clinique des maladies des femmes. Traduit de l'anglais, avec l'autorisation de l'auteur, par A. BÉTRIX. Volume in-8 de 735 pages avec 70 figures. — Prix . . . 16 fr.

PRENANT (A.)— Eléments d'Embryologie de l'homme et des Vertébrés. Livre premier : Embryologie. Préface du professeur Mathias-Duval. Volume in-8 de 472 pages, avec 229 figures et 4 planches en couleurs. — Prix . . . . 16 fr.

SENATOR (H.). — Traité de l'albuminurie (Physiologie, Pathologie, Traitement). Volume in-8 de 262 pages. — Prix . . 6 fr.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 12. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 21 MARS 1891.

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

Du plan incliné dans certaines laparotomies : huit cas (*Fin*) (1) ;

par le Dr H. DELAGÉNIÈRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien au Mans.

D. *Intervention.* — Nous avons vu les services que le plan incliné pouvait rendre pendant les temps préparatoires de l'opération. Nous allons maintenant étudier les avantages qu'il peut présenter pendant l'intervention elle-même, que celle-ci soit pratiquée sur l'utérus, ses ligaments, les annexes ou le rectum.

1° *Interventions sur les annexes.* — Nous savons déjà par les observations précédentes que l'extirpation des annexes se fait facilement avec le plan incliné, parce qu'on y voit plus clair et que les intestins ne gênent pas l'opérateur. Cette vérité, qu'on pouvait prévoir, devient plus manifeste encore lorsqu'on a affaire à des tumeurs salpingo-ovariennes (pyo et hydro-sapingites et petits kystes des ovaires) dont la consistance rappelle plus ou moins celle de l'intestin. Dans ces conditions, quand on opère sur une table ordinaire, on peut se trouver embarrassé et d'autant plus qu'il y aura davantage d'agglutinement des anses intestinales entre elles, et que les annexes malades seront plus profondément situées. On s'expose alors à rompre les trompes pendant l'opération et à infecter la cavité séreuse, si leur contenu est septique. Augmenter la sécurité pendant l'extirpation des annexes est en somme le résultat obtenu avec le plan incliné, aussi bien au point de vue des lésions qu'on est exposé à faire, qu'à celui, beaucoup plus important, d'une infection possible du péritoine. L'observation suivante me paraît caractéristique à cet égard :

Observation V (Résumée). — *Péritonite tuberculeuse; ovario-salpingites tuberculeuses. Double salpingo-oophorectomie. Drainage du péritoine. Guérison.*

La nommée E..... Modeste, âgée de 28 ans, fermière, m'est adressée par mon ami, le Dr Bruneau, de René. Elle a présenté, à plusieurs reprises, des poussées de péritonite, elle souffre considérablement du ventre et a de la fièvre. En l'examinant, je constate dans le cul-de-sac postérieur la présence de tumeurs développées dans les annexes et propose l'intervention immédiate. Celle-ci a lieu le 9 février 1891, avec l'assistance du Dr Marcel Baudouin (de Paris). M. le Dr Bolognési donne le chloroforme; enfin les Drs Bruneau, Persy et Vincent sont présents pendant l'opération. Dès que la malade est placée sur le plan incliné, on ne remarque pas les modifications habituelles dans l'aspect du ventre. Je fais une incision sous-ombilicale de 12 centimètres que je poursuis ensuite au-dessus de l'ombilic. La cavité péritonéale est difficile à ouvrir, car l'épiploon est complètement adhérent à la paroi. Je détache ces adhérences et refoule en haut l'épiploon pour le réséquer ensuite. L'intestin grêle apparaît couvert de granulations miliaires, les anses sont agglutinées entre elles et adhérentes dans le bassin. Je cherche ces adhérences et détache chaque anse séparément, en prenant soin de les refouler à mesure. Je mets ainsi à découvert l'utérus et les annexes qui sont masquées par une sorte de pseudo-membrane. La surface de l'utérus est couverte de granulations tuberculeuses. En avant, la vessie apparaît épaissie et la séreuse qui la tapisse est également granuleuse. A gauche, les annexes sont isolées avec précaution, la trompe et l'ovaire sont kystiques, le volume de la trompe dépasse celui du pouce, elle a l'aspect d'une anse de l'intestin. Le pédicule est formé au ras de l'angle utérin au moyen d'un double fil en chaîne. A droite, la disposition des annexes est analogue, elles sont couvertes de granulations. Leur isolement est délicat mais il se fait avec toute la sûreté désirable, le détachement des adhérences se faisant à ciel ouvert et loin de l'intestin qui est descendu vers le diaphragme. La toilette du péritoine, l'inspection des fosses iliaques, sont faites rapidement et avec une sécurité absolue ; nulle part on ne trouve de foyers purulents mais partout on rencontre des granulations miliaires.

Toute la portion de l'épiploon qui était adhérente à la paroi est réséquée. Un gros drain est placé dans le cul-de-sac de Douglas, puis la paroi fermée par deux étages de suture. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. Durée 1 heure 5. Chloroforme 50 grammes. La malade est actuellement encore en traitement et en bonne voie de guérison.

2° *Interventions sur les ligaments larges.* — Les ligaments larges sont facilement accessibles à la vue lorsque les intestins ont disparu dans la grande cavité péritonéale. Ils présentent leur bord supérieur libre. Il suffit de récliner successivement l'une ou l'autre lèvre de l'incision abdominale pour voir et explorer commodément le ligament large correspondant. Les interventions sur ces ligaments sont donc aussi simplifiées et rendues plus sûres, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par l'observation suivante :

Observation VI (Résumée). — *Kystes des deux ovaires inclus dans les ligaments larges. Double salpingo-oophorectomie, raccourcissement intra-abdominal des ligaments larges. Guérison.*

La nommée P..... Marie, âgée de 27 ans, journalière, demeurant au Mans, est opérée le 3 février 1891. Chloroforme par le Dr Bolognési, du Mans; assistance par le Dr Vincent, du Mans. Sont présents à l'opération MM. les Drs Claudot et Persy. Dès que la malade est placée sur le plan incliné, sa tumeur devient saillante sous la paroi abdominale (1), les intestins quittent visiblement le bassin et l'examen de la tumeur ne laisse plus aucun doute sur sa nature kystique.

Incision sous-ombilicale de 10 centimètres ; ouverture très facile de la séreuse ; le kyste apparaît dans la plaie, libre de toute adhérence. Une ponction aspiratrice donne issue à 600 grammes de liquide absolument transparent et les parois du kyste s'affaissent sur elles-mêmes. La pédiculisation vers l'angle droit de l'utérus se fait difficilement ; les parois du kyste se confondent insensiblement avec le ligament large qui est maintenant absolument relâché, de telle sorte que l'utérus se laisse entraîner en arrière par des adhérences qui le relient à quelques anses de l'intestin. Le kyste est en partie inclus dans le ligament large, je me propose d'exciser cette portion du ligament large avec le kyste, puis d'opérer le raccourcissement du même ligament large pour redresser l'utérus. Pour cela, je place dans le ligament large un fil double au-dessous du kyste, je passe ensuite le chef le plus interne dans l'angle de l'utérus, puis ferme ma chaîne ainsi constituée, de telle sorte que le moignon formé par les ligatures se trouve accolé à à la corne utérine. J'excise ensuite au-dessus de la ligature, puis cautérise au thermo-cautère. A gauche, les annexes présentent quelques adhérences à l'intestin, l'ovaire est hyper-

(1) Voir *Progr. méd.*, n° 11.

(1) C'est cette malade qui a été photographiée avant l'opération. (V. *Fig.* 21.)

trophié, kystique, la trompe grosse est congestionnée. L'ovaire ne présente pas d'aileron spécial, mais paraît développé dans le bord supérieur du ligament large. J'excise les annexes de ce côté de la même façon qu'à droite, en prenant l'angle utérin dans ma chaîne. Nettoyage de la cavité de Douglas, fermeture de la paroi à deux rangées de suture. Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe. Durée totale : 45 minutes. Chloroforme environ 30 grammes. La marche a été des plus simples, aujourd'hui la malade est complètement guérie.

3° *Interventions sur l'utérus.* — Lorsqu'une malade est placée sur le plan incliné, l'utérus se présente de lui-même au niveau de l'incision, s'il n'est pas retenu par des adhérences. Nous avons déjà vu (Obs. III) que les interventions sur cet organe étaient rendues très faciles. Si l'utérus est enclavé, adhérent au rectum ou dans l'excavation, il sera plus difficile à découvrir, mais son isolement se fera toujours dans de meilleures conditions que dans la position donnée habituellement aux malades. Les intestins seront libérés, puis refoulés, les adhérences utérines disséquées avec soin et sûrement ; enfin le chirurgien opérera la libération de l'organe en se rendant exactement compte des désordres qu'il pourra occasionner. L'observation suivante est surtout intéressante au point de vue de cet isolement et désenclavement de l'utérus.

Obs. VII (Résumée). — *Déchirure du périnée, prolapsus utérin avec cystocèle, uréthrocèle et rectocèle. Résection de l'uréthre, colporrhaphie antérieure, périnéorrhaphie, double salpingo-oophorectomie, hystéropexie. Guérison.*

La nommée H..., Hortense, âgée de 40 ans, sans profession, demeurant au Mans, m'est adressée par mon ami le docteur Bolognési, du Mans. Les restaurations vaginales sont faites le 19 novembre 1890, et les interventions sur le péritoine 11 jours plus tard, le 2 décembre 1890.

Le chloroforme est donné par le Dr Bolognési. Je suis assisté par mon frère, Paul Delagénière, interne des hôpitaux de Paris. Sont présents MM. les Drs Codet, de Conlie, Grandhomme, de Laval, Garnier et Persy, du Mans. Aucune modification apparente dans l'aspect du ventre, lorsque la malade est placée sur le plan incliné. Petite incision sous-ombilicale de 8 centimètres, ouverture facile de la séreuse. Les intestins sont refoulés vers le diaphragme. L'utérus est enfoui profondément. En le saisissant avec les doigts, je ne puis l'amener dans la plaie. Je cherche alors les annexes à droite et les trouve en arrière de l'utérus, solidement adhérentes dans le cul-de-sac de Douglas. Je les isole et les excise sur un fil à boucle passée. A gauche, les annexes sont aussi adhérentes, l'ovaire est kystique et la trompe dilatée adhère intimement à une anse d'intestin grêle. Cette adhérence est facile à disséquer grâce à la possibilité de voir dans l'excavation. J'excise ces annexes sur un fil à boucle passée. Dès lors l'utérus est facilement amené dans la plaie. Je garde de chaque côté un des fils du pédicule pour me servir à la fixation, puis au-dessous je place à faux fil 5 autres soies pour obtenir une fixation plus solide. Ces fils sont de chaque côté passés dans la paroi, puis l'opération terminée comme d'habitude. Durée 1 heure. Chloroforme 30 grammes. Pansement avec de la gaze iodoformée et ouate de tourbe. La marche a été très simple, la malade est aujourd'hui parfaitement guérie de toutes ses infirmités.

4° *Interventions dans le fond du bassin sur le rectum, etc.* — La cavité de Douglas est toujours d'un accès difficile et les blessures du rectum au fond de l'excavation constituent un danger sérieux au cours de l'opération. Que de fistules stercorales ont été dues à des blessures du rectum restées ignorées ou mal réparées, à cause de l'extrême difficulté de placer des points de suture à une aussi grande profondeur. Nous n'avons certes pas la prétention de dire que cet accident pourra être constamment évité et que toutes les blessures faites au rectum pourront être réparées complètement et définitivement ; mais ce qui nous paraît certain c'est que, dans bien des cas, on pourra voir le rectum, l'éviter, le contourner, et, si un accident arrive, il sera sûrement plus facile à réparer, *parce qu'on y verra clair* et qu'on ne sera pas gêné par les intestins. La relation de l'opération qui suit indiquera le bien-fondé de cette opinion.

Observation VIII (Résumée).— *Kystes hématiques des deux ovaires. Double ovario-salpingectomie et raccourcissement intra-abdominal d'un ligament large. Guérison.*

La nommée D..., Pauline, âgée de 35 ans, fermière à Brains (Sarthe), m'est adressée par mon confrère et ami le docteur Ledrain de Loué. L'opération est faite le 1er décembre 1890, avec l'assistance de mon frère Paul Delagénière, interne des hôpitaux de Paris. Le docteur Bolognési donne le chloroforme. Sont présents : MM. les Drs Grandhomme de Laval, Ledrain de Loué, Rameau d'Ecommoy, Garnier et Persy du Mans. Aussitôt que la malade est placée sur le plan incliné, la tumeur se dessine sous la paroi. Incision sous-ombilicale prolongée ensuite au-dessus de l'ombilic. Ouverture facile de la séreuse. On voit apparaitre au niveau de la plaie une masse irrégulière présentant deux saillies principales et sur laquelle adhère une anse de l'intestin grêle. Cette anse est libérée, puis refoulée en haut. La tumeur occupe toute l'excavation pelvienne et englobe l'utérus, elle semble constituée par deux poches kystiques, l'une à droite, l'autre à gauche. Une ponction faite dans la poche de gauche donne issue à 500 gr. de purée brunâtre, la tumeur diminue de volume et je peux m'assurer qu'elle est adhérente tout autour. J'arrive avec beaucoup de peine à la séparer de la tumeur de droite, et je poursuis l'isolement du côté du rectum et de l'S iliaque. Là, les adhérences sont inextricables ; dans les manipulations que je dois faire, je déchire l'S iliaque à sa terminaison. Les bords de la petite ouverture sont aussitôt repérés avec des pinces. J'arrive ensuite, non sans peine, à découvrir l'utérus qui paraît enfoui profondément ; en me servant dès lors de cet organe comme repère, j'arrive à isoler la tumeur et à la pédiculiser sur l'angle utérin. Le pédicule est large et nécessite l'application de 6 fils doubles en chaîne et 1 fil simple.

La ponction de la tumeur de droite donne encore issue à 500 grammes de liquide épais et brun comme de l'autre côté. La tumeur adhère tout autour. En arrière, il faut la disséquer du rectum sur la face antérieure duquel je prolonge dans une étendue de plus de 5 centimètres la blessure commencée plus haut. En avant, la tumeur est complètement adhérente à l'utérus et au ligament large dont j'enlève un morceau. J'arrive enfin à pédiculiser la tumeur sur l'angle utérin où je l'excise sur trois grosses soies en chaîne, la plus interne étant passée dans la corne utérine pour amener le raccourcissement du ligament large. Les pédicules sont touchés au thermo-cautère, puis je procède à la réparation des désordres que j'ai occasionnés. La face antérieure du rectum se présente à la vue avec sa longue déchirure qui mesure environ 6 centimètres de longueur. Nulle part la muqueuse n'est ouverte, mais on l'aperçoit dans presque toute l'étendue de la plaie. Je suture cette plaie de l'intestin au moyen d'un surjet à deux étages, le second plan adossant parfaitement la séreuse par-dessus la suture de la tunique musculaire. Nettoyage de la cavité pelvienne. Un gros drain est placé dans le cul-de-sac de Douglas ; enfin la paroi est fermée au moyen de deux rangs de sutures. Pansement avec ouate de tourbe et gaze iodoformée. Durée totale, 2 h. 10. Chloroforme 45 grammes, très bon sommeil. La marche a été extrêmement simple, la malade est sortie guérie au bout de trois semaines, depuis elle se porte parfaitement.

E. *Fermeture.* — Les autres temps de l'opération, tels que le nettoyage de la cavité pelvienne, l'exploration dernière du petit bassin, enfin la fermeture de la paroi ne nous arrêteront pas longtemps. Nous n'avons rien de spécial à en dire, tous ces temps secondaires sont simplifiés et rendus plus faciles et plus sûrs quand on

emploie le plan incliné. Je reviendrai un peu sur la fermeture de la paroi abdominale. Elle devra toujours se faire en commençant par l'extrémité de l'incision la plus rapprochée de l'ombilic, car il n'y a que dans cet endroit que l'on pourrait risquer de blesser l'intestin et de le prendre dans les sutures. Au niveau du pubis on peut agir sans crainte et placer les derniers fils sans arrière-pensée, il n'y a plus d'anses intestinales à craindre.

IV.

Tels sont les avantages que nous avons cru devoir signaler. Assurément, le nombre de nos observations est encore trop restreint pour que nous puissions considérer comme définitives toutes nos assertions. Notre but est d'attirer l'attention des chirurgiens qui pratiquent fréquemment des laparotomies afin que le débat soit tranché définitivement.

A côté de ces avantages incontestables, le plan incliné présente certainement quelques inconvénients. Comme je l'ai déjà signalé, la main qui est en rapport avec le plan incliné est gênée pendant l'opération. Si la nature des lésions exige des manipulations dans le fond du bassin, on peut se trouver très gêné et contraint de prendre des positions bizarres pour mener à bien l'intervention. Là se borne notre critique.

Peut-être aussi pourrait-on reprocher à cette position déclive du corps entier d'exposer à la diffusion dans le péritoine des liquides répandus dans le ventre. Le lavage du péritoine paraîtrait aussi devoir être impossible à pratiquer pour cette raison. La seule réponse que je ferai est celle-ci : Il est plus facile d'éviter un danger que l'on voit qu'un danger même moindre que l'on ne fait que soupçonner. Quant au lavage du péritoine, il est très rarement indiqué et sera de moins en moins employé à mesure que les chirurgiens se rendront mieux compte de son inefficacité. *Quand on voit*, on peut préserver les intestins, enlever les liquides qui se répandent ; on peut désinfecter dans une certaine mesure les parties infectées avec des solutions antiseptiques employées comme topiques ; toutes pratiques autrement rationnelles et efficaces qu'un barbotage dans la cavité péritonéale. Du reste, les beaux résultats obtenus par mes maîtres Terrier, Lucas-Championnière, Quénu, sont là pour confirmer cette manière de voir.

V.

Les indications du plan incliné seront dès lors faciles à établir. On devra y avoir recours chaque fois que l'on aura avantage à se débarrasser de l'intestin, que l'on voudra y voir clair pour isoler des tumeurs ou des organes contenus dans le bassin. Or ces conditions se trouvent réunies dans les cas de salpingites, d'adhérences pelviennes, de rétroversions douloureuses, etc. Enfin, chaque fois que l'opérateur ne craindra pas d'être gêné par le volume de la tumeur, il aura avantage à se servir du plan incliné.

Comme contre-indications, je n'ai tenu compte jusqu'à présent que du mauvais état général des malades. Dans un cas de lésion accentuée du cœur, chez une malade atteinte d'une tumeur maligne de l'ovaire, j'ai craint des complications ou circulatoires ou pulmonaires. Aujourd'hui, je serais plus hardi. Quel risque peut-on courir, en effet, lorsque le plan incliné peut être transformé en un instant en un plan horizontal !

Une autre fois, pour une taille hypogastrique, j'ai renoncé au plan incliné pour la seule raison que, sur le modèle de plan dont je fais usage, les manœuvres du côté du rectum et de l'urèthre auraient été impossibles ou très difficiles. Pour les urinaires, je compte faire construire une table à bascule dans le genre de celle qui est usitée par Trendelenburg (1).

REVUE CRITIQUE

Séméiologie nerveuse de la langue (*Fin*) (2);

par MM. Du PASQUIER et MARIE, internes des hôpitaux.

Troubles de la parole, aphasie et motilité de la langue. — Dans aucune des observations que nous avons rapportées, nous n'avons trouvé évalué le degré de la paralysie linguale, c'est-à-dire l'appréciation quantitative de la diminution de la force musculaire de cet organe, comme symptôme de la paralysie. On apprécie chaque jour l'énergie des muscles fléchisseurs d'un hémiplégique, il n'était venu à l'idée de personne d'apprécier la diminution de l'énergie musculaire de la langue. C'est M. le Dr Féré (3) qui, le premier, a tenté cette évaluation au moyen du sphygmomètre de Bloch transformé en glossodynamomètre par une simple modification du talon de l'instrument. Le mode d'emploi en est des plus simples : on prie le malade de tirer la langue et de la maintenir en dehors de la bouche en l'opposant à la pression que l'on exerce sur l'organe au moyen de l'instrument. En variant le point d'application du petit appareil, on peut se rendre compte de l'état de la force de résistance de la langue. La pression est évaluée en grammes. Chez un sujet normal, la résistance à la pression, exercée de haut en bas, varie de 700 à 800 grammes ; celle de la pression de bas en haut, c'est-à-dire l'énergie du mouvement d'abaissement de la langue, varie de 600 à 800, la résistance à la pression latérale de 600 à 850, enfin le mouvement de propulsion peut s'opposer à une pression de 700 à 800 grammes.

Les variations apparaissent dans les divers états pathologiques où existent des troubles de l'articulation. Chez le bègue il existe une diminution de l'énergie musculaire de la langue, proportionnelle au degré de la dysarthrie, une certaine inhabileté et une lenteur spéciale des mouvements les plus simples ; des exercices de force et de vitesse sont susceptibles de remédier à cette impotence fonctionnelle (4). Le paralytique général, s'il a de l'embarras de la parole, bien que la langue paraisse d'ailleurs se mouvoir librement, peut n'opposer parfois la moindre résistance à la pression de l'instrument. Il est des sourds-muets de naissance dont l'énergie musculaire de la langue est diminuée d'un quart ou d'un tiers. Les épileptiques, à la suite de leurs paroxysmes, présentent toujours un certain embarras de la parole, qui coïncide régulièrement avec une diminution de la résistance à la pression, quel que soit le sens suivant lequel la pression est exercée ; deux ou trois heures après l'attaque, elle peut être telle que le malade est incapable de résister avec la langue même à une pression de 200 gr. La diminution de la résistance est pourtant inégale des deux côtés, alors même que les accès ne paraissent pas latéralisés (5). Il semble donc qu'il n'y ait point de troubles d'articulation qui ne s'accompagnent de troubles paralytiques de la langue, c'est-à-dire d'une diminution de l'énergie musculaire de cet organe (6). Dans l'aphasie même, et c'est un point particulièrement intéressant, il y a toujours

(1) Depuis la rédaction de ce travail j'ai fait de nouveau usage du plan incliné dans deux cas, très complexes, de lésions des annexes. Ces deux cas confirment encore les conclusions que j'ai énoncées.

(2) Voir *Progrès médical*, n° 6 et n° 7, 1891.

(3) Ch. Féré. — Note sur l'exploration des mouvements de la langue. *C. R. Soc. biol.*, 13 avril, 1889, p. 278.— Thèse Bernard. Aphasie, 1889. Note de Féré, p. 187.

(4) Ch. Féré. — *C. R. Soc. Biol.*, 9 déc. 1890, p. 676.

(5) Ch. Féré. — Epilepsies et épileptiques, p. 171.

(6) Ch. Féré. — Etude physiologique de quelques troubles d'articulation. Iconographie de la Salpêtrière, 1890, p. 170.

diminution de la force musculaire de la langue; chez les hémiplégiques aphasiques, la résistance à la pression peut être de 250 à 300 grammes en moins. Chez trois hystériques rendus aphasiques par suggestion, et qui font l'objet d'une communication de M. Féré, il y avait également diminution de la résistance à la pression de droite à gauche de 200 à 300 grammes. Justifiant les réserves faites sur l'exclusion de la paralysie faciale, dans le cas d'hémiplégie hystérique, M. Féré a vu, sur huit hystériques présentant un certain degré d'hémiamyosthénie des membres, la langue présenter une diminution de la résistance à la pression. Chez trois, dont l'amyosthénie était très prononcée, la résistance de la langue, du même côté, était à peu près nulle, tandis qu'elle était de 650 à 700 grammes du côté opposé (1).

Coexistant toujours avec la diminution de l'énergie musculaire de la langue, M. Féré a insisté en même temps sur l'augmentation du temps de réaction : « la durée du temps de réaction s'allonge en même temps que la force diminue (2). » Si l'on rapproche ces faits d'un ensemble de faits du même ordre, la diminution de la flexion du pouce dans l'agraphie (3) et les mouvements d'articulation qui accompagnent l'audition des signes (4), on pourra se convaincre que tout est mouvement et sensation, qu'il n'est pas de fonction intellectuelle qui ne s'accompagne de mouvement, et qu'en ce qui concerne la fonction du langage, comme le dit ici le Dr Féré, « aucun trouble ne se passe dans l'esprit sans qu'il n'ait pour condition physiologique un trouble de la motilité. » Il semble de plus que la diminution de l'énergie musculaire de la langue dans l'aphasie, l'augmentation du temps de réaction trouvent dans la possibilité de la dégénération secondaire du faisceau de l'aphasie leur preuve anatomique. Les lésions de la région de Broca peuvent, en effet, s'accompagner de dégénération secondaire, tout comme les lésions dites motrices (5); les résultats d'autopsie témoignent de la dégénération secondaire du faisceau interne du pédoncule cérébral produite aussi bien par une lésion antérieure de la capsule que par une lésion des circonvolutions frontales; Bernard insiste sur les mêmes faits (6). Ni le faisceau de l'aphasie, ni le faisceau dit intellectuel n'échappent donc aux lois des dégénérations secondaires (les lésions de ces faisceaux échapperont peut-être moins souvent si l'on se rappelle que des fibres en anse venues du bord externe du pédoncule, en allant se perdre au niveau du bord antérieur du pont de Varole peuvent en dissimuler la dégénération (7). Dès lors comme conclusion de ces recherches et de ces faits nouveaux, nous pouvons dire que rien n'autorise à voir dans le faisceau intellectuel autre chose que des fibres de conductibilité soit du mouvement, soit de la sensibilité, « que rien dans l'encéphale n'existe en dehors des organes de la sensibilité et du mouvement : les cellules cérébrales ne sont que le siège de phénomènes réflexes, ou, autrement dit, de transformations de forces plus ou moins complexes (8). La zone dite latente et intellectuelle se rétrécira ainsi de jour en jour jusqu'au moment où chaque trouble fonctionnel spécial sera rattaché à sa lésion anatomique.

B. Tremblements.

Un très grand nombre de maladies du système nerveux, épilepsie, paralysie générale, paralysie agitante, sclérose en plaques, goître exophtalmique s'accompagnent de tremblements de la langue.

Ils coincident encore avec bon nombre de paralysies organiques de la langue, d'atrophies et de contractures. Enfin, on les rencontre dans les intoxications (alcool, mercure), dans les états adynamiques (fièvre typhoïde), dans la vieillesse. C'est le plus souvent un tremblement menu, à petites oscillations : ou la langue tout entière est animée de mouvement, ou, seule, une moitié de l'organe est le siège d'un tremblement fibrillaire, ceci communément quand une des moitiés de la langue est atrophiée ou contracturée.

La constance de ce symptôme n'est pas égale dans tous les cas où il peut se présenter. Fréquent dans la paralysie générale, l'épilepsie et l'alcoolisme chronique, il est plus rare dans la sclérose en plaques, la paralysie agitante (1) et certaines intoxications (mercure, plomb).

Les caractères n'en sont pas moins variables. Il n'est jamais à l'état isolé : dans la paralysie générale, il est toujours combiné à d'autres tremblements : dans les états adynamiques, la vieillesse, il coïncide avec le tremblement des lèvres, dans la sclérose en plaques avec les grands tremblements oscillatoires, le nystagmus, dans la paralysie agitante avec le tremblement des mains.

M. Ch. Fernet (2) prend la peine de différencier cliniquement quelques-uns de ces tremblements. Le tremblement sénile de la langue consiste en mouvements d'ensemble, de sorte que le vieux trembleur a toujours l'air de marmotter entre ses lèvres; le tremblement des états adynamiques se communique aussi aux lèvres; dans la sclérose en plaques, la langue est animée de légers mouvements fibrillaires : on n'y remarquera pas de grandes secousses, même si elle est laissée un certain temps hors de la bouche. Dans la paralysie générale, la langue est le véritable siège de prédilection du tremblement, qui est ici un phénomène à peu près constant. Pour Fernet, il existe deux sortes de tremblements de la langue dans cette affection : « dans un cas, le malade ne peut régler qu'avec peine la projection de l'organe. Tantôt, le malade n'atteint pas ou dépasse le but; c'est une succession de mouvements désordonnés, une impuissance de coordination, ou bien le tremblement consiste en ondulations de durée inégale, d'intensité variable, qui se produisent tantôt en un point, tantôt dans un autre, et que l'on désigne du nom de tremblement plutôt à cause de la répétition rapide des secousses que du retour rythmé. »

Le tremblement de la langue chez les épileptiques est constant ou passager. Dans le premier cas, il peut être attribué à une congestion permanente du bulbe (Féré) : la langue, qui repose sur les lèvres et l'arcade dentaire, se porte alternativement soit en avant, soit en arrière, à droite, à gauche, vers la commissure labiale; il peut être lié à un tremblement analogue des lèvres. Le tremblement qui survient à la suite des paroxysmes ne persiste généralement pas : il a ici une intensité plus grande, il peut apporter une certaine gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition. Enfin le tremblement de la langue chez les épileptiques peut constituer le phénomène initial de l'accès (3).

La nature de ces divers tremblements est loin d'être élucidée : les uns semblent être de nature spasmodique, les autres d'ordre paralytique. Ainsi, chez le paralytique général qui n'a pas d'embarras de la parole, pas de diminution de la force musculaire de la langue, le tremblement de cet organe serait d'ordre spasmodique, tandis que le tremblement de la langue, qui chez l'épileptique survient après le paroxysme, est au contraire d'ordre paralytique. Étant donné les circonstances où il apparait, il est envisagé dans ce cas comme un phénomène d'épuisement (4). Il se traduit en effet graphiquement par une courbe identique à la courbe dynamogénique de la main dans la fatigue, tandis que le tremblement de la langue

(1) Ch. Féré. — *Rev. phil.*, Juillet, 1889.
(2) Ch. Féré. — *C. R. Soc. biol.*, 1889, p. 399.
(3) Ch. Féré. — Sensation et mouvement.
(4) Ch. Féré. — Préface à la thèse de Bernard sur l'aphasie, 1889.
(5) Boyer. — Thèse. Ch. Féré. Traité d'anatomie médicale du système nerveux, 1891, p. 207.
(6) Bernard. — Thèse Aphasie, 1889.
(7) Ch. Féré. — Dégénération secondaire du pédoncule cérébral, *C. R. Soc. biol.*, 1883, p. 822.
(8) Ch. Féré. — Tr. d'anat. méd. du syst. nerv., p. 161, 1891.

(1) Simon. — Thèse.
(2) Ch. Fernet. — Thèse agrég., 1872.
(3) Ch. Féré. — Epilepsies et épileptiques. P. 120.
(4) Ch. Féré. — Iconographie de la Salpêtrière, 1890. Etude physiologique de quelques troubles d'articulation.

du paralytique général est plutôt un tremblement d'ordre ataxique ou choréique : à la ligne du tremblement se mêlent de grandes oscillations, traduisant par moments comme une différence de tension dans la masse musculaire de la langue ; il semble y avoir là, comme l'avait déjà vu M. Fernet, passage d'une trémulence imparfaite à la convulsion. Ce qui confirme cette manière de voir, c'est que, chez le paralytique général, il n'y a pas dans ce cas de diminution de la force musculaire de la langue, pas d'augmentation du temps de réaction, tandis que chez les épileptiques il y a diminution de la force musculaire de la langue et augmentation du temps de réaction.

C. Spasmes.

Ces spasmes sont des spasmes toniques ou cloniques, et occupent généralement un seul côté de la langue.

Spasmes toniques. — Les spasmes toniques de la langue existent dans l'hémiplégie avec contractures ; ils résultent de la dégénération secondaire des faisceaux pyramidaux. La contracture existe du côté de l'hémiplégie, elle est souvent liée à un certain degré de contracture et à un léger tremblement fibrillaire.

Dans la thèse de M. Simon (1) se trouve consignée une observation intéressante due à M. Féré, où il s'agit d'un malade atteint de paralysie agitante à forme unilatérale, qui présentait une véritable rigidité de la moitié droite de la langue. « Le bord gauche est tourné en haut, la pointe, déviée à droite et en bas, est fixée derrière l'arcade dentaire ; la moitié droite de la langue présente une consistance beaucoup plus dure que l'autre moitié... » La parole était singulièrement altérée, il n'y avait pas une seule consonne qui pût être articulée convenablement.

Enfin, les contractures spontanées de la langue ne sont pas rares chez les hystériques : elles peuvent être également provoquées (2), celles-ci ne différant pas de celles que l'on observe spontanément ; on peut les produire soit à l'état de veille, soit pendant l'état hypnotique, par excitation du nerf acoustique, ou par excitation directe de la langue.

Spasmes cloniques. — Des excitations portant sur le centre cortical du grand hypoglosse peuvent-elles déterminer des mouvements spasmodiques dans le domaine de ce nerf ? Certaines observations semblent apporter une démonstration de ce fait, bien que le spasme de la langue ne fût jamais trouvé à l'état isolé.

Dans un cas de Hitzig (3), où l on constata à l'autopsie un abcès de la couche corticale droite au niveau du tiers inférieur de la circonvolution frontale ascendante, survinrent des convulsions cloniques des ailes du nez, de la paupière gauche et des muscles de la langue. MM. Rendu et Gombault citent un cas analogue dû à MM. Charcot et Ball (4). Le professeur Verneuil vit un enfoncement des os du crâne donner lieu à des spasmes de la langue et de la mâchoire (5).

Les spasmes cloniques de la langue se rencontrent encore dans maintes autres circonstances : dans l'hystérie, l'épilepsie, la chorée... Dans l'hystérie, ils font partie des symptômes de l'hémispasme glosso-labié (6). La langue est animée de mouvements spasmodiques, qu'elle soit placée derrière les arcades dentaires ou tirée hors de la bouche. Si la langue est hors de la bouche, la déviation peut être excessive, elle est toujours déviée du côté où existe l'hémispasme facial : quant au côté où se montre cet hémispasme, il ne semble pas y avoir de loi fixe. La langue peut être coudée au milieu ou se renverser. Quand la guérison survient, la déviation subsiste longtemps au spasme et aux autres symptômes de l'hémiplégie, si celle-ci existe.

Dans l'épilepsie, le spasme de la langue se présente dans des circonstances très diverses.

Il constitue un des phénomènes importants des grandes attaques. La langue est portée hors de la bouche dans un mouvement de propulsion qui précède, en général, la fermeture spasmodique de la mâchoire : ainsi la langue se trouve mordue. Si l'on réfléchit au nombre d'épileptiques qui se mordent journellement la langue dans leurs attaques, ou aura une idée de la fréquence des convulsions de cet organe : la morsure de la langue est un phénomène si constant qu'elle constitue un caractère important du diagnostic. On sait que dans les crises épileptiformes de l'hystérie, les convulsions de la mâchoire et de la face n'entraînent pas la morsure de la langue, qui est en général rétractée dans le fond de la bouche.

Les mouvements spasmodiques de la langue, comme tout spasme, peut constituer le phénomène fondamental, et même le seul phénomène de l'épilepsie, témoins une observation consignée dans le livre de M. Féré. Il s'agit d'un malade qui, outre de grands accès, présentait des secousses spasmodiques de la langue : les spasmes augmentaient quelque temps avant l'accès, et cessaient au contraire pour un temps après le paroxysme. Au mois de mars dernier, on pratiqua à ce malade (que nous avons pu suivre à Bicêtre dans le service de notre maître, M. Féré) l'élongation du radial droit pour des douleurs névralgiques qui siégeaient le long de ce nerf. Pendant six à sept jours les convulsions de la langue, sans disparaître complètement, diminuèrent de fréquence et de nombre, pour revenir au bout de ce temps à ce qu'elles étaient antérieurement. Aujourd'hui, ce malade n'a plus de grandes attaques, les douleurs sur le trajet du radial ont disparu, seuls les spasmes de la langue persistent toujours. C'est aujourd'hui le seul caractère de son épilepsie : il semble que les décharges, au lieu de se faire sous forme de paroxysmes violents, se font aujourd'hui seulement par la langue d'une façon constante et ininterrompue.

Le marmottement automatique de certains épileptiques, de nature nettement spasmodique, peut encore constituer tout l'accès (Epilepsie marmottante, Cheadle) (1).

Comme tous les muscles dans la chorée, la langue peut être atteinte de mouvements spasmodiques. Elle vient parfois frapper les lèvres et le palais ; elle sort, dans d'autres cas, de la cavité buccale après maints efforts, puis une fois sortie elle s'agite au dehors pour se retirer bientôt d'une manière complète ou incomplète. Il en résulte souvent une gêne considérable de la parole : la voix s'échappe par saccades, et les notes graves, aiguës et voilées peuvent produire des cris et des sifflements (J. Simon) (2). Le malade peut parfois ne plus articuler du tout. Hadden (3).

Rarement, à l'état isolé, les spasmes de la langue existent à l'état d'affection assez étroitement localisée, dans les affections spasmodiques qui atteignent systématiquement les muscles animés par l'hypoglosse.

M. Simon cite à cet égard l'observation d'une malade dont les spasmes convulsifs de la langue étaient suffisamment intenses et brusques pour projeter hors de la bouche le dentier que portait cette femme.

Les raideurs spasmodiques et les secousses convulsives de la langue font partie encore du cadre symptomatique de deux affections dont la nature est mal déterminée, la maladie de Thompson (4) et le paramyoclonus multiplex de Friedreich (5).

Dans la première de ces affections, caractérisée par des

(1) Simon. — Thèse.
(2) Dr Ch. Laufenauer. — Iconographie de la Salpêtrière, T. II, p. 206, 1889.
(3) Hitzig. — Dans Raymond et Artaud. *Loc. cit.*
(4) Revue Hayem. — 1876, p. 350.
(5) Revue Hayem. — 1876, p. 350.
(6) Brissaud et Marie. — *Prog. médical*, 1887, p. 84 et 128. — Bélin. *Hémispasme glosso-labié.* Thèse Paris, 1888.

(1) Cheadle, cité par Féré. — Epilepsies et épileptiques, p. 111.
(2) J. Simon. — *Dict. de méd. et chirurgie* : Chorée.
(3) Hadden.— S. Thomas Hosp. Rep., 1884.
(4) Marie. — Contribution à l'étude de la maladie de Thompson, *Rev. de méd.*, 1883, p. 1065.
(5) Lemoine et Lemaire. — *Rev. de méd.*, 1889. — Marie. *Progrès médical*, 1886, février, 1890. — Manquat et Grasset. *Bulletin médical*, 1888, p. 1.315 et 1.331.

raideurs musculaires survenant à l'occasion des mouvements volontaires, les mouvements de la langue, d'abord lents et hésitants, tardent à devenir plus rapides et plus sûrs : ce n'est qu'au bout de quelques secondes que le malade parle avec entière liberté (1). Il lui est cependant impossible de parler vite, « surtout pour les mots dont la prononciation nécessite des mouvements accentués » (Schonfeld) (2). Aussi la parole est-elle parfois lente et disgracieuse, sans qu'il y ait cependant de bégayement.

Dans le paramyoclonus multiplex, les muscles de la face, en même temps que la langue, sont le siège de secousses fibrillaires: il y a donc ici deux facteurs dont il faut tenir compte, la langue, les muscles des lèvres et des joues, pour expliquer les troubles de la parole. Les mouvements convulsifs de la langue ont parfois une telle intensité que le malade est obligé de la serrer avec les dents pour la maintenir au repos (Lemaire). Le malade sent parfois sa langue se retourner complètement dans sa bouche, et interrompt son discours au milieu d'une phrase. Dans un cas de Homen, la parole était interrompue par un hoquet (3).

III. Troubles trophiques.

Ou la langue n'est altérée que superficiellement, ou elle l'est profondément.

Parmi les troubles trophiques qui semblent n'atteindre que la muqueuse, mentionnons les intéressantes observations de Hilton (4) : langue chargée d'un seul côté, sous la dépendance d'une lésion intra-crânienne (altération du ganglion de Gaser par un dépôt scrofuleux) (5), d'une fracture à la base du crâne (le trait de fracture intéressait le trou grand rond).

Anstié rapporte un cas de migraine dans lequel la langue se trouvait chargée d'un seul côté, il y avait du même côté décoloration du sourcil et des cheveux, et une ulcération de la cornée. Mentionnons les cas de langue noire et de langue poilue (6). Dans la maladie d'Addison, la langue peut présenter une pigmentation semblable à celle de la face interne des joues (7).

Comme complément de ce paragraphe, les intéressantes observations de *langue sèche* trouvent encore une place. W. Mittchell (8) rapporte un cas de sécheresse absolue de la langue ayant coïncidé chez une hystérique avec une aphonie complète et de l'anurie.

Huttchinson, Morgan, Butlin, Broadbent signalent dans certains cas l'absence totale de sécrétion salivaire. Enfin, Hadden (9), sous le nom de xérostomie, décrit le même phénomène : toutchoc (moral ou physique) pourrait amener la suppression de la sécrétion salivaire, et, par suite, la sécheresse de la bouche ; ce symptôme, sans autre signe, pourrait persister des mois et des années.

Atrophie. — L'atrophie de la langue dénote en général un trouble profond de la nutrition. Elle reconnaît pour cause la destruction des cellules du noyau bulbaire de la 12e paire, les compressions, les hectiques du tronc de ce même nerf.

Rarement l'atrophie porte sur la totalité de la langue, le plus souvent elle est unilatérale. La langue est flasque, molle, diminuée de volume, elle présente sur sa face dorsale des dépressions et des sillons plus ou moins marqués.

Existe-t-il une atrophie cérébrale? Si nous consultons les observations où, par suite d'une lésion corticale, il est

(1) Leyden.—Traité clinique des maladies de la moelle épinière, p. 95.
(2) Schonfeld. — Cité par Marie.
(3) Homen. — *Arch. de neurologie,* 1887, nº 38.
(4) Hilton. — *In* thèse Simon. *Loc. cit.*
(5) Anstié. — *In* thèse Simon. *Loc. cit.*
(6) Simon. — Thèse 1889. — Thèse Millerand. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de la langue noire pileuse. Paris, 1890.
(7) Butlin. — Diseases of the tongue.
(8) W. Mittchel. — Lect. of diseases of nervous system. 2e éd., 1885, p. 209.
(9) Hadden. — *The Brain,* T. XI, p. 484.

survenu des troubles moteurs de la langue (1), dans aucune nous ne trouvons mentionnée l'atrophie de cet organe. Pas davantage dans une observation de Bernheim (2), où il existait une monoplégie de moitié de la langue ; MM. Koch et Marie (3) pensent cependant que dans un cas pareil la diminution unilatérale du volume de la langue eût pu être possible. Les lésions du centre ovale, de la capsule interne, du pédoncule, de la protubérance n'aboutissent donc pas à l'atrophie de la langue ; nous avons vu précédemment qu'un des caractères permettant de différencier la paralysie glosso-labiée d'origine cérébrale, de la paralysie glosso-labio-laryngée d'origine bulbaire était précisément dans le premier cas une absence d'atrophie. Dans l'hémiplégie ancienne et prononcée, quand les lésions dégénératives se sont propagées par le bulbe à la moelle, l'atrophie peut porter sur une moitié de la langue, mais même dans ce cas elle est contestable, car bien que la structure de la fibre musculaire soit altérée, le volume de l'organe ne subit pas de diminution appréciable (Fairlie Clarke). Ce sont les affections du bulbe, ramollissements, hémorrhagies, tumeurs et les lésions inflammatoires et destructives de cette partie de la moelle (que le travail de destruction des noyaux de la 12e paire ait son point de départ dans le bulbe, ou que ce soit un travail de sclérose qui, ayant débuté dans les cordons de la moelle, ait atteint secondairement les noyaux bulbaires), qui aboutissent communément à l'atrophie linguale.

A ces titres divers, la paralysie bulbaire progressive de Duchenne s'accompagne d'atrophie linguale. La langue s'atrophie en masse, elle porte sur toutes les parties de l'organe, elle est bilatérale, c'est la règle ; mais, dans quelques cas (W.-B. Birdsall), elle peut cependant être unilatérale. L'atrophie n'est jamais à l'état isolé, elle est associée à la paralysie du voile du palais, d'une corde vocale, des lèvres et de la langue. Les accidents bulbaires, où aboutissent souvent la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques, occasionnent plus ou moins rapidement une atrophie de la langue. Quand l'atrophie musculaire progressive débute par le bulbe, les muscles de la langue s'atrophient et, de même que dans cette névropathie, un groupe de muscles, un muscle, ou un faisceau de muscles peut seul être altéré, la langue, dans son ensemble, peut présenter des phénomènes du même ordre (4).

MM. Koch et Marie attribuent à un processus analogue à la paralysie atrophique de l'enfance deux cas d'hémiatrophie de la langue dus l'un à Henschen, concernant un enfant de neuf ans, l'autre à Schiffers ayant trait à un sujet de 24 ans. Chez le malade de Henschen, l'hémiatrophie de la langue coïncida avec une scarlatine ; toute notion étiologique fait défaut pour celui de Schiffers.

L'hémiatrophie est fréquente dans le tabes ; signalée par Charcot (5), elle a fait l'objet de nombreuses études de la part de MM. Ballet (6), Raymond et Artaud (7). La langue est asymétrique, comme composée de deux moitiés de langues différentes, soudées l'une à l'autre ; le côté atrophié forme parfois un petit croissant dont la convexité est emprisonnée dans la concavité de la moitié non atrophiée ; la consistance de la moitié atrophiée est moindre ; si on engage le malade à durcir sa langue, un seul côté se durcit.... L'hémiatrophie de la langue entraîne une certaine gêne de la mastication, de la déglutition ; les troubles de la parole sont peu marqués.

Eisenlohr, dans l'annuaire de Virchow et Hirsch de 1886,

(1) Raymond et Artaud. — *Loc. cit.*
(2) Bernheim. — *Congrès de chirurgie,* Toulouse, 1887, p. 337.
(3) Koch et Marie. — *Revue de médecine,* 1888, p. 1.
(4) Koch et Marie. — *Revue de médecine,* 1888, p. 352.
(5) Charcot. — Leç. sur les malad. du système nerveux, 1873, p. 16.
(6) Ballet. — Hémiatrophie de la langue dans le tabès. *Arch. de neurol.,* VII-1884, p. 191.
(7) Raymond et Artaud.— *Archives de phys. norm. et pathol.,* 3e série, T. II, p. 367. — Artaud, thèse Paris, 1885.

rapporte un cas d'atrophie bilatérale de la langue dans le tabes : l'autopsie montra l'altération des deux noyaux de l'hypoglosse.

L'atrophie dans le tabes peut encore s'accompagner de contractures (1). A défaut de troubles bulbaires, il y a coexistence fréquente de troubles oculaires. Chez un malade de Westphal, l'hémiatrophie de la langue coïncidait avec une paralysie de tous les muscles de l'œil, troisième, quatrième et sixième paires. Les tumeurs, les gommes, en raison de leur volume, les lésions des artères (endartérite syphilitique) en privant de sang une partie plus ou moins grande du bulbe, outre l'hémiatrophie de la langue, déterminent en même temps des troubles oculaires, soit des troubles plus graves encore, hémiplégie (Mauriac) (2), soit des paralysies atrophiques des muscles sterno-mastoïdiens et trapèze du même côté (Stephen Mackensie) (3), Pel (4). Pour la même raison, il peut y avoir paralysie concomitante d'une corde vocale : M. Leudet en rapporte trois observations (5), deux personnelles et une due à Schiffer. Les hémorrhagies du bulbe, les ramollissements d'origine emboliques, outre l'atrophie de la langue, s'accompagnent de troubles bulbaires divers (6).

Dans le cours de la paralysie générale, l'hémiatrophie de la langue a été signalée par Dudley, Ormerod. Féré. Chez les sujets atteints d'hémiplégie spasmodique infantile, la langue peut être atrophiée du côté de l'hémiplégie. La paralysie de cet organe est en rapport avec le degré d'atrophie ; la déviation est un fait rare.

Enfin, les intoxications (plomb, mercure), en retentissant sur la nutrition de la langue, déterminent des atrophies de cet organe. Notons encore, pour clore cette énumération, qu'un grand nombre de trophonévroses de la face s'accompagnent d'hémiatrophie de la langue. M. Trevelyan (7), dans un travail paru « The Brain », rapporte à ce sujet les observations de Buzzard, Dreschfeld ; M. Lande (8) joint à des cas personnels ceux de Parry, Moore et Bissot.

Nombreux sont les cas où les méninges enflammées, une tumeur, en exerçant une compression sur le tronc du nerf grand hyperglosse, sont venues déterminer une atrophie linguale. Nous mentionnerons à ce titre une observation de Hayem et Giraudeau (9), où des lésions de méningite chronique avaient produit une hémiatrophie bulbaire et, par suite, une atrophie du noyau d'origine du grand hyperglosse ; dans un cas dû à Trevelyan (10), des lésions de pachyméningite externe, résultat d'une arthrite occipito-atloïdienne, avaient déterminé des troubles analogues. Turner (11), enfin, attribue à des causes identiques une atrophie de la moitié droite de la langue qui coexistait chez une jeune fille, avec une paralysie du voile du palais. Les tumeurs gommeuses (Lewin) (12), les cancers (Bennet, J. Clarke), les kystes (Gendrin) (13), au niveau du tronc condylien, de l'apophyse basiliaire, des régions latérales du cou, déterminent à plus ou moins bref délai l'atrophie unilatérale de la langue. Les sections par instruments tranchants (Salter), par armes à feu (W. Mithchell), y aboutissent plus rapidement encore.

Hypertrophie. — A côté de l'atrophie linguale, se place naturellement l'hypertrophie de cet organe, qui peut porter soit sur sa totalité, soit sur une de ses moitiés.

(1) Charcot. — *Leçons du Mardi*, 24e leçon, 1888.
(2) Mauriac. — *Société franç., de Dermat. et de Syphiligr.*, 10 avril 1890.
(3) Mackenzie. — *Clin. Soc.*, 1886, T. XIX, p. 317.
(4) Pel. — *Berl. Klinisch. Wochenschrifft*, n° 29, juillet, 1887.
(5) Leudet. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* Déc., 1887, n° 12.
(6) Hughlings Jackson. — *Lancet*, 1866, p. 771. — Hirt. *Berlin Klin. Wochens* , n° 22, 1884.
(7) Trevelyan. — *The Brain*, 1890, p. XLIX.
(8) Lande. — *In* Leudet.
(9) Hayem et Giraudeau. — *Rev. de méd.*, 1883, p. 186.
(10) Trevelyan. — *Loc. cit.*
(11) Turner. — In *Semaine médicale*, 1889, p. 467.
(12) Ces observations sont empruntées au travail de Trevelyan.
(13) Gendrin. — *In* Encéphale d'Albercrombie, 1835, p. 627.

L'hypertrophie porte sur la totalité. Un faible degré d'intelligence est souvent lié à une langue épaisse et large : chez les crétins, on sait que l'hypertrophie de la langue, liée à une procidence de l'organe, est un fait qui se rencontre assez souvent.

La macroglossie (prolapsus chronique, glossoptose) a été l'objet de nombreuses études : à côté des travaux de Jussieu, Lassus, Freteau, Harris, Hodgson, Syme, nous mentionnerons les mémoires de Sédillot (1) et de Giès (2). Ce n'est que vers l'âge de deux ou trois ans que la langue, toujours contenue dans la cavité buccale, vient faire saillie au dehors. Le malade ne peut rapprocher les mâchoires, la salive s'écoule de la bouche. Toutes les fonctions (langage, mastication, déglutition) dans lesquelles la langue intervient s'exécutent mal. La propulsion de la langue est telle que les dents de la mâchoire inférieure s'éversent, deviennent presque horizontales. La partie de la langue qui est située hors de la bouche a l'aspect d'une tumeur pyriforme, cylindroïde, plus rarement étalée ; quant à la portion restée dans la bouche, elle paraît conserver sa conformation normale.

L'hypertrophie de la langue a été signalée par M. le Dr Marie (3) comme faisant parfois partie du cadre symptomatique de la maladie décrite par cet auteur sous le nom d'acromégalie.

Enfin, M. le Dr A. Hamon (4) cite trois cas d'hypertrophie linguale ayant porté sur la totalité de l'organe dans le cours de l'atrophie musculaire à forme pseudo-hypertrophique. « Dans un cas dû à Weis Mitchell, la langue et tous les muscles faciaux offraient un volume exagéré, la parole était altérée par suite de l'inertie de la langue, la déglutition difficile. » Les deux autres cas sont dus, l'un au docteur Hammond, l'autre au docteur Hugues Beunet.

Hypertrophie partielle, unilatérale. Cette hypertrophie a été rapportée par MM. Trélat et Monod (5), Masmejean (6), Broca (7) et d'autres auteurs. Jamais elle n'a été rencontrée à l'état isolé, toujours elle était liée à une hypertrophie unilatérale et concomitante de la face seule, ou du corps tout entier (hémihypertrophie).

Dans l'observation de Broca, la moitié gauche de la langue a près de 7 millimètres de plus que la moitié droite ; dans celle de Friedreich (8), « la moitié gauche de cet organe (partie non hypertrophiée) ne semblait former qu'un appendice insignifiant, surajouté à la moitié droite qui formait à elle seule la pointe de la langue. » Les papilles fongiformes du côté droit étaient énormément hypertrophiées : elles avaient près de trois millimètres de longueur et donnaient à la surface de la langue un aspect framboisé. Il en était de même pour un malade de Passauer (9).

Dans ces cas d'hémimacroglossie se joint habituellement une augmentation de volume de l'amygdale, des gencives, des dents et des os de la face. Les arcades dentaires inférieure et supérieure du malade de Broca décrivaient une courbe plus longue à gauche, et les dents de droite, faute d'espace, étaient très irrégulièrement implantées ; un développement plus considérable des lèvres existait du même côté.

J. Finlayson (10) rapporte encore l'observation d'un malade qui, venu au monde avec une hypertrophie de toute la moitié droite de la face (langue comprise), eut à trois mois une incisive latérale droite et successivement trois dents à droite, avant qu'aucune ne se soit montrée à gauche.

(1) Sédillot. — Hypertrophie de la langue. *C. R. de l'Acad. des Sciences*, 1854, T. XXXVIII, p. 332.
(2) Giès. — *Arch. gén. de médecine*, 1874, p. 109.
(3) Iconographie de la Salpêtrière, 1889, T. II, p. 189.
(4) Hamon. — Thèse Paris, 1883.
(5) Trélat et Monod.— *Arch. gén. de méd*, 1889, p. 536 et 676.
(6) Marmejean. — Thèse Montpellier, 1888.
(7) Broca. — *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, 1859, T. II, p. 70.
(8) Friedreich. — MM. Monod et Trélat.
(9) Passauer. — *Arch. Virchow*, 1866, T. XXXVII, p. 418.
(10) *In* Revue Hayem, 1884, T. XXXI, p. 629.

Le simple examen du malade permettra de ne pas se méprendre sur la valeur réelle de l'asymétrie des organes et du corps, même devant une atrophie d'un côté du corps, qui, à un point de vue théorique, pourrait en imposer pour une hypertrophie de l'autre. Liées à l'hypertrophie unilatérale du corps existent presque constamment ou des taches nœviformes, largement disséminées sur les parties hypertrophiées, ou des varices : ces anomalies vasculaires peuvent avoir dans l'espèce une certaine valeur diagnostique ; elles ont de plus permis à certains auteurs (Trélat et Monod) de voir dans ces hypertrophies latérales un trouble vasculaire sanguin, limité à toute une partie du corps, à la face ou à la langue seulement.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La protection de l'ouvrier.

L'*Association polytechnique* a organisé une série de conférences qui ont lieu, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, le dimanche matin à 10 heures. Malgré le jour et l'heure matinale ces conférences sont très suivies. Celle de dimanche prochain sera faite par M. Emile Trélat et aura pour sujet : *La Maison assainie.* Dimanche dernier, le conférencier était notre collaborateur M. le Dr H. Napias, qui a entretenu ses auditeurs des risques, accidents, maladies qui peuvent atteindre l'ouvrier à l'atelier. La conférence était présidée par M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté, qui a présenté le conférencier à son public avec beaucoup de bonne grâce et d'à-propos.

M. Napias a d'abord fait remarquer combien les mots de notre langue peuvent avoir des fortunes diverses. Le mot *socialiste*, que beaucoup de gens considéraient jadis comme une injure, est devenu un adjectif bien porté et beaucoup de gens se piquent de l'être et s'en font honneur. Sans rechercher si tous ces socialistes modernes sont bien sincères, on peut voir là que tout le monde comprend aujourd'hui la nécessité d'étudier les questions sociales. La réunion d'une conférence à Berlin, l'année dernière, a été une preuve bien nette du sentiment qu'ont tous les gouvernements du danger qu'il y aurait à ne pas rechercher, dans les rapports des ouvriers et des patrons, des conditions plus justes. — Cette conférence de Berlin s'est substituée à celle qui devait avoir lieu à Berne et que le Conseil fédéral suisse avait provoquée, en s'appuyant expressément sur les travaux des hygiénistes et les décisions du Congrès d'Hygiène de Vienne.

C'est que beaucoup de questions sociales sont des questions d'hygiène et celles qu'on a étudiées à Berlin : travail des enfants, travail des femmes, travail de nuit, repos hebdomadaire, etc., ont été étudiées depuis longtemps en France par les hygiénistes et, comme le disait M. Brouardel, par le conférencier lui-même.

M. H. Napias a fait remarquer que, dans ces études de la conférence de Berlin, on avait omis de s'occuper de l'*ouvrier à l'atelier;* qu'il n'avait pas été question de la sécurité du travail et de la salubrité de l'atelier. Il a fait passer sous les yeux de ses auditeurs une série de graphiques, de courbes, de figures qui montrent quels dangers menacent les travailleurs dans les ateliers encombrés, mal aérés, où les gaz et poussières toxiques se dégagent librement, où les mécanismes sont une menace perpétuelle par leur entassement, par le peu de soin qu'on prend de recouvrir leurs parties saillantes mobiles ou leurs dangereux engrenages. Il a fait voir combien il était nécessaire de prendre les mesures pour que les accidents des machines, les maladies professionnelles évitables, ne mettent pas incessamment en péril la santé du travailleur, et pour que l'ouvrier qui loue son temps et son travail ne mette pas sa vie en enjeu. Le conférencier a d'ailleurs montré par des exemples combien cette protection pouvait être simple et combien elle pouvait être efficace.

Il a enfin demandé que le Parlement se décide à voter un des nombreux projets de loi protecteurs qui lui ont été soumis ; et il a rappelé que le Comité consultatif d'Hygiène publique de France en avait élaboré un sur la demande de M. Lockroy, alors ministre du Commerce.

L'orateur a terminé sa conférence en émettant l'espoir que les Expositions prochaines, qui nous montreront après 1889 de nouvelles merveilles de l'industrie, nous montrent aussi que ces triomphes industriels ne coûtent plus autant de sang ni de larmes, ne font plus autant de victimes et d'orphelins.

La Loi sur l'Exercice de la Médecine à la Chambre des Députés.

La *Loi sur l'Exercice de la Médecine* est venue en discussion mardi dernier 17 mars, à la Chambre des Députés. Elle a été votée presque toute entière. Nous croyons utile de publier *in extenso* le compte rendu des débats. Nos lecteurs trouveront donc plus loin, au complet, ce qui a trait à la première séance. Le même sujet a occupé en outre une grande partie de la séance du jeudi 19 mars. Mais, pour ne pas retarder notre tirage, nous avons dû nous borner à ne citer aujourd'hui que le début de cette longue discussion (1).

Nous n'insisterons pas sur l'importance des votes acquis : D'une part, la suppression des Officiers de Santé ; d'autre part, l'admission du principe de la réglementation de l'Art dentaire, de la Dentisterie, comme l'a appelée M. le Pr Brouardel, Commissaire du Gouvernement. Il suffit de se reporter aux discours prononcés pour se rendre compte du progrès accompli ; à la discussion, à la lettre de M. Isambard, député de l'Eure, — lettre que nous publions plus loin, — pour avoir sous les yeux tous les éléments du problème qu'il fallait résoudre. Quand les débats seront absolument clos, nous nous empresserons de montrer ce que le Pays et la Médecine ont enfin gagné, après des mois et des années d'attente ! Pourtant, on nous permettra d'indiquer dès ce numéro, en dehors des deux points sur lesquels nous venons d'attirer l'attentfon, les véritables améliorations déjà réalisées. Voici brièvement les principales : Les sages-femmes ont désormais le droit, quelle que soit leur classe, d'exercer sur *tout* le territoire de la République ; — Les médecins jouissent du droit de se constituer en *Associations syndicales.*

C'est peu, certainement. Mais ayons confiance en l'avenir. M. B.

(1) Voir page 239.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 9 mars 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

Les lésions histologiques de la peau dans la rougeole. M. CATRIN a étudié les lésions cutanées chez un malade mort au troisième jour, d'une rougeole boutonneuse. La lésion principale consiste en des phlyctènes d'un ordre spécial, dont le contenu est non pas liquide, mais solide. Il est facile de suivre l'évolution des altérations de l'épiderme qui déterminent la formation de cette phlyctène. Les cellules du corps de Malpighi se tuméfient et l'on voit se former dans leur protoplasme un ou plusieurs globes réfringents, qui refoulent le noyau ou l'entourent. Ces lésions aboutissent à la nécrose de coagulation des cellules. Les points de nécrose vont constituer la phlyctène, dont le contenu est formé par un magma de boules colloïdes, de globules blancs et enfin de filaments de fibrine donnant à ce magma l'aspect fibrillaire. Les couches superficielles de l'épidémie sont décollées au-dessus de la phlyctène. Enfin, au-dessus de la phlyctène dans le territoire correspondant du derme, on trouve une infiltration lymphatique plus ou moins abondante à la périphérie des vaisseaux, des glandes sudoripares et des follicules pileux. La conjugaison des lésions hypérémiques et de l'altération colloïde des cellules constituerait, pour M. Catrin, les lésions typiques des téguments dans la rougeole boutonneuse. M.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 mars 1891. — PRÉSIDENCE DE M. CH. RICHET.

M. GLEY présente un *lapin ayant subi la section intra-crânienne du trijumeau.* L'œil, au bout d'un mois est anesthésié, mais, contrairement à ce qui se passe dans tous les cas de ce genre, il n'y a pas de troubles trophiques de la cornée, ni du fond de l'œil examiné à l'ophtalmoscope.

M. LABORDE dit qu'il est nécessaire de faire l'autopsie pour savoir si la section du trijumeau a été absolument complète.

M. LUYS présente le cerveau d'un homme qui, à la suite d'une chute, devient *hémiplégique et aphasique.* La circonvolution de Broca était intacte à gauche; les lésions siégeaient sur le côté droit. Le malade n'était pas gaucher. L'observation est due à M. le Dr Mabille. M. Luys montre de plus un cerveau de sourd-muet avec atrophie de la troisième circonvolution frontale, réduite à l'état de moignon.

M. GALEZOWSKI communique les résultats de sa pratique sur *les rapports de la syphilis avec l'atrophie de la papille dans le tabes.* — Il a constaté ce fait, en accord avec les travaux de M. Fournier, que la proportion des cas de syphilis est extrêmement considérable. L'atrophie n'en est pas moins très rebelle et à peu près incurable, parce qu'elle relève de lésions cérébrales constantes sur lesquelles le traitement mercuriel n'a qu'une action à peu près nulle. Les frictions mercurielles sont le seul le moyen d'obtenir quelque chose, surtout dans la choroïdite.

M. GUIGNARD communique les résultats extrêmement intéressants de ses recherches nouvelles *sur la segmentation des cellules chez les végétaux.* — La segmentation de l'ovule est précédée de l'apparition de corps particuliers, les sphères attractives. Ces corps sont au nombre de deux et se séparent au moment de la segmentation, de façon à occuper chacun l'un des pôles du fuseau de filaments qui apparait au début de la karyokinèse. Ils sont chacun constitués par une masse arrondie, présentant un point central, et les granulations protoplasmiques s'orientent en filaments autour d'eux. Ces corps existent aussi dans les cellules non ovulaires, et Klenming les a décrits récemment dans l'épithélium de quelques Batraciens. M. Quinquaud les a étudiés de son côté depuis longtemps, et est arrivé à préciser leur rôle dans la division indirecte de la cellule, de sorte que cette division est caractérisée par une double série de phénomènes. D'une part, le protoplasma de la cellule s'organise en filaments formant un fuseau dont les deux extrémités portent le nom d'Aster. En même temps la substance chromatique du noyau se divise en un certain nombre de fragments coudés qui épousent chacun l'un des fils du fuseau. Ces fragments se dédoublent en deux parties par une sorte de clivage, et chacune de ces parties gagne le long du filament protoplasmique pour arriver au niveau de l'Aster qui forment le sommet du fuseau. Là, ils se ressoudent et forment ainsi un noyau chromatique à chaque Aster. Il existe alors deux noyaux dans la cellule; les principales phases de la division sont effectuées. M. Quinquaud s'est assuré que les sphères attractives jouent un rôle considérable dans la division indirecte. Elles sont, nous l'avons indiqué, au nombre de deux, rangées sur le côté du noyau. Au moment de la division, elles se séparent et gagnent les deux pôles de la cellule. Les filaments protoplasmiques qui s'ordonnent autour d'elle ne sont autre chose que le point de départ des filaments du fuseau. Il faut donc ajouter un stade primitif, celui des sphères attractives, aux différentes phases de la karyokinèse.

M. CH. RICHET. — Sur les effets d'un composé de *nickel et d'oxyde de carbone.* — C'est un liquide extrêmement toxique, qui tue un lapin à la dose de 1/20e de centimètre cube et amène la mort d'un façon assez lente, en dégageant peu à peu de l'oxyde de carbone.

M. RETTERER dépose une *revendication de priorité* de MM. G. SÉE et MOREAU, à propos de la note de M. Hugonnencq, relative au *pouvoir antiseptique des couleurs d'aniline.*

M. DÉJERINE rapporte un cas, suivi d'autopsie, d'*aphasie sensorielle* qui aurait pu simuler une aphasie motrice et se présenter comme une infirmation de la loi de Broca. Le sujet était atteint de cécité et de surdité verbales complètes, avec agraphie pour l'écriture spontanée. La vue et l'ouïe étaient conservées; le langage était très troublé, et le malade répondait tout de travers aux questions qu'on lui posait. Après quatre mois de cet état, il mourut dans le coma. A l'autopsie, on trouva une plaque jaune étendue, occupant la circonvolution pariétale inférieure tout entière, et la partie postérieure de la première et de la deuxième temporales et de la deuxième occipitale. Le ramollissement s'étendait dans la substance blanche sous-jacente, jusqu'au niveau de la paroi ventriculaire. Le lobe frontal était absolument intact. C'est là un cas parfaitement déterminé d'aphasie sensorielle. M. Déjerine rappelle, à ce propos, que ce sont les Anglais (Ogle, Rogham, Bastian) qui ont montré la nécessité de séparer les troubles du langage articulé en deux grands groupes. Dans l'un, il existe de la paraphasie, et la circonvolution de Broca est intacte; tandis que dans l'autre il existe de l'aphasie motrice proprement dite (aphasie ataxique), et cette circonvolution est toujours altérée. Les Anglais ont donc, à certains égards, ouvert la voie à la découverte des aphasies sensorielles, réalisée par Wernicke et par Kussmaul.

M. LUYS se rappelle avoir vu un cas semblable, à une époque déjà éloignée où l'interprétation en était encore difficile.

MM. PHISALIX et CONTEJEAN étudient la *physiologie des glandes à venin de la Salamandre terrestre.* D'après leurs recherches, la sécrétion du produit venimeux, comme d'ailleurs les sécrétions en général, est sous la dépendance du système nerveux. L'excitation d'un nerf quelconque détermine la sécrétion des glandes spécifiques situées dans sa distribution cutanée. Les centres nerveux présidant à cette sécrétion se trouvent dans les lobes optiques, le bulbe et la moelle. Le premier centre est celui dont il est le plus facile de provoquer l'activité. Ils examinent ensuite l'action des poisons sur la sécrétion spécifique de cet animal. Pour la strychnine, en particulier, ils arrivent à cette conclusion que le poison, tout en

excitant énergiquement les centres, paralyse les terminaisons glandulaires, tandis que, au contraire, pour la muscarine, le phénomène est inverse.

MM. Combemale et Brunelle (de Lille). — *Recherches sur les effets physiologiques de la triméthylamine.* — Quelle que soit la voie (stomacale, pulmonaire, souscutanée) par laquelle on fait pénétrer la triméthylamine dans l'économie, l'effet immédiat constant est l'hypersécrétion de la salive, dont l'alcalinité normale est accrue. A ce symptôme s'en ajoutent d'autres inconstants portant sur la sécrétion de la muqueuse nasale et de la glande lacrymale. Un autre effet constant est la présence dans les urines de petites quantités d'albumine pendant les quelques jours qui suivent l'administration de la triméthylamine. Injectée sous la peau en solution aqueuse d'un titre inférieur à 1 pour 200, la triméthylamine provoque des escharres et consécutivement des plaies longues à guérir. Lorsque la solution est au titre de 1 pour 200, aux doses de 3 centigrammes environ par kilogramme d'animal, il y a toujours abaissement de la température. L'hypothermie n'est pas constatée à des doses inférieures ou supérieures à ce chiffre par voie sous-cutanée, à des doses trois et sept fois supérieures par voie stomacale. Dans tous les cas, et sans tenir compte de la voie d'entrée, la triméthylamine amène, à des doses supérieures à 2 centigr. par kilogr. du poids du corps, une augmentation notable du nombre des pulsations. Le chiffre toxique minimum par kilogr. d'animal est voisin de 30 centigrammes.

M. Pignol. — J'ai commencé, il y a trois mois, à appliquer aux *tuberculeux le traitement par les injections de gaïacol* dissous dans l'huile. Après avoir, depuis plus de trois ans, essayé successivement l'eucalyptol, la créosote, j'ai fini par donner la préférence à un liquide contenant par centimètre cube 14 centigrammes d'eucalyptol, 5 centig. de gaïacol et 1 centig. d'iodoforme. Les doses, variables suivant les cas, sont de 5 à 10 et même 12 centim. cubes de liquide par jour. Ces injections multipliées sont très bien supportées et ne déterminent jamais d'accidents locaux si elles sont faites avec les précautions antiseptiques. J'ai renoncé à employer la vaseline comme véhicule; je me sers maintenant d'huile d'olives ou d'huile d'amandes douces *stérilisée.* Le seul point qui m'ait paru susceptible de recevoir les injections répétées est le sillon rétrotrochantérien. L'eucalyptol seul ou associé à l'iodoforme m'a donné des résultats assez bons ; mais je ne puis enregistrer comme succès définitif que le cas d'une jeune fille atteinte de tuberculose subaiguë, qui prenait en même temps de l'iodoforme à l'intérieur, à la dose de 5 centigr. par jour. J'ai soigné cette jeune fille il y a trois ans : la durée du traitement a été de deux mois et demi. Actuellement, la guérison ne s'est pas démentie. L'association de la créosote à l'eucalyptol m'a paru surtout utile comme anesthésique local; les injections créosotées sont infiniment moins douloureuses que les injections d'eucalyptol, qui elles-mêmes ne le sont guère. Mais c'est avec le gaïacol associé à l'eucalyptol et à l'iodoforme, que j'ai vu se produire le plus rapidement de bons résultats, à l'hôpital et dans la clientèle.

A. H. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 *mars* 1891. — Présidence de M. Tarnier.

La discussion sur les *causes de la dépopulation de la France* est ouverte sur la première conclusion de la commission demandant l'abrogation du décret de 1811 instituant les tours, qui seraient remplacés par des bureaux ouverts dans lesquels le secret serait scrupuleusement gardé.

M. Guéniot demande le rétablissement des tours qui ont l'avantage de mieux assurer le secret que n'importe quel autre système administratif.—M. Roussel fait observer que ces tours favorisent l'infanticide, puisqu'on peut y déposer aussi bien un cadavre qu'un enfant vivant, et demande à l'Académie de bien réfléchir avant de prendre une décision dans cette question.

Après une discussion, à laquelle prennent part MM. Javal, Dujardin-Beaumetz, Rochard et Lagneau, l'Académie vote la conclusion suivante: « A la suite de la discussion soulevée par le mémoire de M. Lagneau, l'Académie appelle tout d'abord l'attention des pouvoirs publics sur celles de nos dispositions législatives qui peuvent entraver l'essor de notre population, en favorisant les restrictions volontaires qui diminuent notre natalité. Elle signale plus particulièrement celles qui concernent la transmission de la propriété, la répartition des impôts et la recherche de la paternité. »

La suite de la discussion est renvoyée au 7 avril.

M. Dujardin-Beaumetz lit un rapport sur un travail de M. Maurel (de Toulouse) sur la *stéthométrie normale et l'hypohématose.* A l'aide du stéthomètre et du stéthographe, M. Maurel reporte sur un papier le tracé exact de la mensuration de la poitrine. Il a constaté ainsi qu'il fallait à l'état normal, à l'homme adulte, 3 centimètres carrés de section thoracique pour 1 centimètre de taille, et 8 centimètres carrés de la même section par kilog de poids du corps. Au-dessous de ces chiffres il y a étroitesse du thorax et insuffisance de l'hématose. Comme traitement, l'auteur conseille une gymnastique respiratoire spéciale.

M. Proust communique un travail sur *le choléra de la mer Rouge en* 1890, qui l'amène à conclure que le pèlerinage de La Mecque est une menace constante pour l'Europe. Les mesures prescrites à l'égard des pèlerins se rendant à La Mecque n'ont pas empêché le choléra de s'y développer. Il est donc nécessaire de perfectionner les moyens employés jusqu'ici. Les mesures de prophylaxie prescrites par le Conseil d'Alexandrie au moment de leur retour ont empêché le choléra de gagner l'Egypte et l'Europe cette année. Il y a donc lieu de maintenir ce Conseil et même de lui donner plus d'autorité et de le rendre réellement international. Il est nécessaire aussi d'augmenter les lazarets de la mer Rouge et les moyens d'assainissement et de désinfection.

M. Bouchardat lit un rapport sur la *vente des eaux minérales* qui aboutit aux conclusions suivantes: La vente des eaux minérales naturelles françaises et étrangères, autorisée pour des tiers non pourvus du diplôme de pharmacien, ne paraît présenter aucun inconvénient, sauf en ce qui concerne : 1° Les eaux minérales purgatives françaises et étrangères ; 2° L'eau arsenicale de La Bourboule ; 3° Les eaux minérales sulfureuses. — Il serait utile de réserver la vente au public de ces diverses eaux minérales aux seules personnes pourvues du diplôme de pharmacien français.

M. A. Guérin lit un rapport sur *un cas de résection du rectum pour cancer annulaire* communiqué le 2 décembre dernier par M. Houzel (de Boulogne).

Elections *à une place vacante d'Associé étranger.*— La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Deroubaix (de Bruxelles) ; 2° M. Spencer Wells (de Londres).

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 *mars* 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Debove a observé récemment un malade atteint de *mouvements associés dans la paralysie faciale.* Il s'agit d'un homme de 40 ans qui fut pris de paralysie faciale à la suite d'un traumatisme (coup de pied de cheval), qui donna lieu à une large plaie dont on voit encore la longue cicatrice. Cet homme garde de son accident une paralysie faciale très marquée, avec ce fait particulier qu'il ne peut parler que les yeux fermés. Quand il veut fermer les yeux tout en gardant le silence, les commissures des lèvres sont agitées de mouvements. Hitzig a attribué ces mouvements associés à un état anormal d'hyperexcitabilité des noyaux bulbaires. On peut les considérer comme produits par l'effort considérable que nécessitent les mouvements volontaires au moment où la contractilité reparaît chez les malades atteints de paralysie faciale ; l'excitation nerveuse très énergique ne se limite pas exactement à une branche nerveuse; grâce aux anastomoses qui relient les deux noyaux du facial, l'excitation se transmet de l'un à l'autre.

M. Duponchel présente deux malades atteints d'*induration chronique des veines périphériques*, analogues à celui qu'il a montré l'année dernière.

M. Letulle, qui a trouvé dans son service plusieurs cas analogues, a pu examiner les veines, qu'il a trouvées scléreuses, très dures, parfaitement cylindriques, sans ectasie ni oblitération. Les malades observés étaient tous des tuberculeux.

M. Thibierge présente de nouveau le malade qui a passé dans les services de MM. Rendu et Babinski pour discuter de nouveau le diagnostic entre la *syringomyélie et la lèpre*. Cet homme a eu, au Tonkin, en 1886, la dysenterie, la fièvre intermittente, le choléra, et enfin un « ulcère annamite » à la jambe gauche et des troubles trophiques, avec impotence du membre supérieur droit empêchant tout travail. M. Leloir, à Lille, fit le diagnostic de lèpre. Jusqu'alors on n'avait fait que des diagnostics symptomatiques : atrophie musculaire, mal perforant. Actuellement, pas de cachexie, mais amaigrissement prononcé. Parésie de l'orbiculaire palpébral, pas de troubles de la sensibilité de la face. Doigts amincis et effilés à leur extrémité. Pigmentation diffuse des téguments de la face dorsale de la main et des avant-bras avec anesthésie; atrophie des éminences thénar et hypothénar de certains interosseux et de quelques muscles de l'avant-bras droit avec abolition de la sensibilité de la peau à la chaleur et à la douleur ; conservation de la sensibilité au contact. Névrite nodulaire des nerfs cubitaux. Aux membres inférieurs, troubles trophiques très marqués et déformations notables, pigmentation disséminée, pas d'atrophie musculaire. Même dissociation de la sensibilité qu'aux membres supérieurs ; conservation des réflexes rotuliens. Rien au tronc, ni aux sphincters. Pas de troubles intellectuels. Jamais d'attaques convulsives ou autres. Démarche ne rappelant en rien celle des ataxiques. Les troubles sensitifs font repousser l'hypothèse de la maladie d'Aran-Duchenne. Restent donc la syringomyélie et la lèpre. C'est entre ces deux éventualités que se partagent jusqu'ici les diagnostics de tous ceux qui ont examiné le malade. Cependant les troubles de la sensibilité occupent des segments plus étendus des membres et ne correspondent pas à la zone de distribution d'un nerf. La prédominance des troubles trophiques cutanés aux membres inférieurs, leur début voisin de celui des amyotrophies, leur évolution relativement rapide, ne sont pas non plus d'accord avec ce qu'on sait aujourd'hui de la syringomyélie. A l'appui de la lèpre on peut invoquer le séjour au Tonkin où la lèpre est endémique, la paralysie bilatérale de l'orbiculaire palpébral et l'état des nerfs périphériques, notamment la névrite nodulaire cubitale qu'on peut considérer comme pathognomonique dans des cas comme celui-ci. Cela montre qu'il faut aujourd'hui compter avec la lèpre dans le diagnostic des maladies cutanées et amyotrophiques. On considère ordinairement la lèpre comme une maladie exceptionnelle dans le climat de Paris. Il existe cependant actuellement six lépreux à Saint-Louis. En 1886, M. Leloir, d'accord avec MM. Hardy et Besnier, comptait de 60 à 100 lépreux importés à Paris. Il faut réfléchir que beaucoup de nos colonies sont des pays à lèpre, et beaucoup de cas doivent être ici méconnus et rangés à tort dans les trophonévroses de causes indéterminées ou dans les amyotrophies atypiques.

M. Richardière cite le cas d'une malade qui, à la suite d'une attaque apoplectiforme, a été prise de *troubles trophiques cutanés d'origine hystérique*, constitués par des vésicules apparues sur les deux côtés du corps, suivis de desquamation et d'atrophie musculaire les jours suivants. Cette malade présentait tous les stigmates de l'hystérie; les muscles atrophiés présentaient la diminution des contractilités faradique et galvanique.

La Société se forme en comité secret. L.-R. Regnier.

Education des aveugles. — Avec le concours de Mlle Mulot, directrice de l'Ecole d'aveugles d'Angers, M. le Dr L. Le Gludic, député de la Sarthe, a fait une conférence le mardi 17 mars, à la salle des Capucines, sur l'*Education des aveugles par l'écriture vulgaire* (Méthode de Mlle Mulot): Expériences par de jeunes aveugles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 mars 1891. — Présidence de M. Terrier.

Suite de la discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Routier n'a jamais fait l'hystérectomie vaginale pour des salpingites suppurées ; mais il peut bien comparer les résultats qu'il a obtenus dans ses laparotomies à ceux de M. Segond. Dans le même espace de temps, c'est-à-dire dans six mois environ, M. Routier a fait 22 laparotomies pour salpingites, dont 12 pyosalpinx, plusieurs hématosalpinx, hydrosalpinx, etc. Ces 22 opérations n'ont pas été suivies d'un seul décès; sur les 12 pyosalpingites, il a eu 10 guérisons et 2 améliorations. Dans l'un de ces deux derniers cas, il s'agit d'une femme qui avait une fistule vésicale. Chez l'autre, il s'est développé une sorte de phlegmon chronique à la suite d'une infection post-opératoire de la plaie, due à une inoculation causée par la malade elle-même. De ces deux cas, un seul aurait pu être traité par l'hystérectomie. Dans les 10 autres salpingotomies, il ne faudrait pas croire que l'opération a été simple. Deux fois il a dû drainer. — L'hystérectomie vaginale ne le séduit pas, à cause de sa mortalité. L'opération est difficile et le chirurgien est très subordonné à son instrumentation. Les hémorragies sont trop à craindre. Cependant il faut conserver l'hystérectomie pour les cas où la laparotomie est impossible. Dans tous les cas douteux, il faut d'abord faire une laparotomie exploratrice.

M. Lucas-Championnière a été très frappé des résultats signalés par MM. Péan et Segond. Les faits qu'ils ont rapportés montrent, en effet, tout d'abord, que l'inflammation n'est pas toujours limitée aux annexes, qu'il faut compter avec celle du tissu cellulaire périphérique, avec les périmétrites, suppurées ou non, etc. Dans ces cas d'inflammation des tissus péri-utérins, l'hystérectomie est une bonne opération, car elle permet de drainer en grand. Malheureusement, M. Segond a trop généralisé. La preuve, c'est que, lui, en est encore à trouver un cas où l'indication de l'hystérectomie se soit posée nette devant lui. Les suppurations pelviennes proprement dites ne sont pas aussi communes que M. Segond veut bien le dire. D'un autre côté, les résultats fournis par la laparotomie dans les pyosalpinx sont meilleurs qu'il ne le pense. Lui qui ne draine jamais n'a presque pas de mort. M. Segond oublie aussi tout ce qui a trait aux adhérences. La destruction des adhérences est une opération très utile. On voit des femmes, très malades, être guéries par le seul fait de la libération des intestins adhérents. Et même, ce qui est très frappant chez les sujets opérés pour trompes ou ovaires suppurés, c'est l'excellence des suites opératoires, qu'on ait répandu ou non du pus de salpingite dans l'abdomen. En ce qui concerne les suites éloignées, il faut se rappeler que les troubles ne réapparaissent pas de suite après l'opération; parfois les symptômes pénibles ne se montrent de nouveau qu'après quelques années. M. Lucas-Championnière termine en disant, et il insiste beaucoup sur ce dernier point : Quand nous opérons une femme pour une affection du petit bassin, nous posons des indications opératoires, bien plutôt qu'un diagnostic précis. Il est bien rare qu'on commence une laparotomie avec un diagnostic ferme. — S'il en est ainsi, il faut donc faire d'abord une laparotomie exploratrice. Sans cela on s'expose à enlever par le vagin des utérus qui ne devraient pas être enlevés. Le seul reproche qu'il fait à M. Segond, c'est d'avoir trop généralisé.

M. Terrier n'a pas expérimenté l'opération de M. Péan Il n'a donc aucune objection expérimentale à opposer ; mais il a lu les observations publiées par M. Segond et théoriquement voici ce qu'il croit pouvoir dire. Il y a des cas où, le ventre ouvert, on ne voit absolument pas les annexes, enfouies dans une gangue pseudo-membraneuse. Il est impossible de distinguer quoi que ce soit. Si on cherche à enlever les ovaires et les trompes par l'abdomen, on s'expose à ouvrir le rectum, à faire des délabrements considérables et avoir des accidents post-opératoires très graves. Les vaisseaux, enfouis dans cette gangue, ne donnent pas pendant l'opération ; on en laisse ouverts quelques-uns et parfois la malade peut mourir d'hémorrhagie : elle perd son sang dans son ventre (M. Terrier a

eu un décès de cette façon). Dans ces mêmes cas, on peut d'autre part avoir les plus grandes difficultés à terminer l'opération ; il y a même des chirurgiens qui referment le ventre avant d'avoir terminé. A lui, jamais semblable chose n'est arrivée ; mais il reconnaît qu'il n'est arrivé parfois à un résultat complet qu'après de grands délabrements. Eh bien, c'est dans ces cas-là qu'on doit tenter l'opération de M. Péan. — Il n'y a qu'un malheur, c'est que, d'une part, ces cas-là sont très exceptionnels, et, d'autre part, que les diagnostics d'affections pelviennes ne sont jamais que des diagnostics par à peu près. Comme le diagnostique scientifique est impossible à faire, il vaut mieux aller voir d'abord dans le bassin, sauf dans certaines conditions où il ne peut y avoir doute (maladie datant de longtemps, abcès multiples, etc). Sur les 23 observations de M. Segond, M. Terrier note 5 ablations des annexes et de l'utérus pour des salpingites catarrhales, non suppurées, doubles. Il ne comprend pas qu'on puisse proposer autre chose qu'une laparotomie pour les cas de ce genre, de même que pour les ovaires sclérokystiques ; c'est simple, rapide et sûr. L'hystérectomie vaginale, faite en supplément, ne constitue certes pas un progrès dans de telles conditions. Dans 2 autres cas, il s'agit d'ovaires sclérokystiques avec rétro-déviations utérines. Il n'y a à faire, en pareille occasion, que l'hystéropexie et la castration. C'est aussi bon que rapide. Enlever l'utérus est certainement un procédé trop radical. Dans 6 autres cas, il s'agit de doubles pyosalpinx suppurés, traités par l'ablation des annexes et de l'utérus. Ce fait d'avoir pu enlever les annexes montre qu'il y avait simplement une poche salpingitique suppurée, sans adhérences, et pas de pelvi-péritonite. La laparotomie eut été parfaitement possible et facile. Mais il reconnaît que son opinion — qui est la conservation de l'utérus dans ces cas — peut être discutée. L'expérience seule montrera ultérieurement si, dans de semblables conditions, il vaut mieux laisser ou enlever l'utérus. Dans l'état actuel de la science, on n'en sait rien. A rapprocher de ces faits un cas de double hémato-salpinx opéré par M. Segond.— Dans les cas de pyosalpingite suppurée avec pelvi-péritonite, quand on ne voit rien par l'abdomen et qu'il y a du pus tout autour de l'utérus, oh ! alors, l'hystérectomie vaginale est, par contre, absolument justifiée ; mais il faut reconnaître qu'il s'agit là d'uno opération difficile.

D'ailleurs, dans tous les cas qui rentrent dans cette catégorie, M. Segond n'a pas enlevé les annexes, pour la bonne raison *qu'on ne peut pas plus les trouver, dans la masse des fausses membranes, par le vagin que par l'abdomen*, partant les enlever. Il a dû se borner à extirper l'utérus. Mais sur 7 opérations il a eu 3 morts. Cela prouve que l'hystérectomie vaginale dans les vraies suppurations pelviennes diffuses est grave. Il est vrai que la laparotomie l'est presque autant. Cependant on a le droit et le devoir d'expérimenter ce nouveau procédé, quand il s'agit de lésions aussi difficiles à guérir. L'avenir dira si les résultats éloignés sont meilleurs après la laparotomie ou l'hystérectomie. — Quand il y a de la pelvi-péritonite avec des fibromes utérins, la seule opération à tenter est aussi l'hystérectomie vaginale, comme l'a fait 2 fois M. Segond; mais il s'agit là de faits d'un autre ordre. Si l'ablation des annexes a été faite par un chirurgien et si la femme n'est pas guérie, on est encore autorisé à enlever l'utérus ; cela n'est pas discutable !

M. Reynier reproduit, dans une courte communication, la pulpart des arguments déjà mis en avant par les orateurs précédents. Il signale que sur 32 laparotomies faites récemment pour salpingites, il n'a eu que deux morts. Aujourd'hui, s'il avait à opérer ces 32 malades, il ne proposerait l'hystérectomie que dans l'un de ces cas.

M. Tuffier lit une observation de *grossesse extra-utérine.*

M. Verchère lit une observation d'*épilepsie Jacksonnienne traitée par la trépanation et suivie de guérison.*

M. Fevrier présente un malade *trépané pour paralysie et guéri.*

M. Prengrueber présente un homme chez lequel il a extirpé une *synovite tuberculeuse* à grains riziformes du dos de la main. La guérison est complète ; pas de récidive malgré l'apparition de lésions tuberculeuses dans d'autres points du corps.

M. Reynier présente un nouveau *modèle de fermeture pour les pinces à hystérectomie vaginale.*

M. Schwartz présente un appendice cæcal, qu'il a extirpé pour guérir des *poussées d'appendicite* récidivante.

M. Kirmisson présente à nouveau un enfant chez lequel un certain nombre de membres de la Société ont diagnostiqué il y a 7 ans un *névrome plexiforme* de la joue. La tumeur ne pourrait bien n'être qu'un angiome. M. Kirmisson l'opérera. Il y a 7 ans, on avait jugé l'opération inutile.

Marcel Baudouin.

CORRESPONDANCE

La liberté de l'Art Dentaire.

Paris, le 17 mars 1891.

Monsieur le Rédacteur en chef du *Progrès médical*,

La profession de Dentiste est libre. Faut-il la réglementer, et est-ce dans une loi sur l'exercice de la médecine qu'il faut introduire cette réglementation ? La Chambre a dit : Oui, dans sa séance d'aujourd'hui. J'avais dit : Non, dans un amendement qui, soumis à la prise en considération, n'était l'objet que d'un exposé sommaire.

Au lieu de n'être qu'une profession dite libérale, la médecine elle-même devrait être une profession libre, si la liberté n'était pleine de dangers, à cause de l'importance sociale de la médecine.

L'art dentaire ou la dentisterie, suivant l'expression de M. Brouardel, n'a pas cette importance sociale qui est la raison de l'intervention du législateur dans l'exercice de la médecine. Entre le dentiste et son client des intérêts particuliers sont seuls en jeu. Parce que l'art dentaire touche à l'art médical, du bout des dents, — ce n'est pas une raison suffisante pour le réglementer, quand il est d'autres professions qui touchent aussi à la médecine, — par d'autres extrémités, — et qu'on ne songe pas, ou qu'on ne songe plus à réglementer.

Les motifs qu'on fait valoir pour réglementer l'art dentaire, ou des motifs analogues, pourraient aussi être invoqués pour réglementer les professions de cuisinier, de garde-malade, de masseur, d'étuviste, de coiffeur, de barbier et de pédicure.

Jadis, les corporations et communautés de barbiers-étuvistes et de chirurgiens-barbiers vivaient à l'ombre de l'ancienne Faculté de médecine. Si l'on fait revivre les traditions du Collège de Chirurgie à l'égard des dentistes, pourquoi oublier celles qui unissaient la barberie à la médecine? Ambroise Paré a commencé par être un simple chirurgien-barbier. Le système pileux a son anatomie, sa physiologie et sa pathologie, tout aussi bien que le système dentaire. Le soin de la chevelure est aussi précieux pour les femmes que celui des dents. Les coiffeurs sont bien souvent des agents de transmission des maladies cutanées contagieuses. Ils emploient de véritables préparations médicamenteuses, des pâtes épilatoires, des pommades et des teintures qui représentent tout un côté de la matière médicale. Personne ne songe plus, cependant, à donner à ces artistes capillaires une investiture médicale officielle.

Les cors et les œils-de-perdrix, que soigne le pédicure, font partie intégrante de la chirurgie du pied. Ces tumeurs épidermiques sont traitées soit par des topiques, soit par des opérations quelquefois sanglantes. L'extirpation d'un cor peut avoir pour conséquence l'ouverture d'une bourse séreuse, une complication articulaire, l'infection purulente. Va-t-on aussi réglementer la profession de pédicure parce qu'elle emploie des caustiques, ou qu'elle se sert de l'instrument tranchant? Et ne doit-on pas également l'astreindre à montrer devant un jury d'Etat qu'elle sait, au besoin, pratiquer l'autopsie ?

Mais, dira-t-on, les dentistes font autre chose que d'arracher les dents.

Sans doute, ils soignent quelques maladies de la bouche, puisqu'une de leurs sociétés a pris le nom pompeux de Société de Stomatologie ; mais ce qu'ils font surtout, c'est de la prothèse dentaire, et si, pour faire de la prothèse buccale, il est utile d'avoir quelques connaissances d'anatomie pratique, il est plus utile d'être avant tout un mécanicien.

La prothèse dentaire a fait des grands progrès en ce siècle, et, sans être injuste envers les médecins, on peut bien dire que les véritables auteurs de ees progrès ont été de simples dentistes.

Et si l'on astreint ces mécaniciens de la prothèse buccale à l'obligation d'examens médicaux, pourquoi ne pas imposer aussi un diplôme officiel aux fabricants d'appareils articulés et aux bandagistes? Ces professions ont des rapports étroits avec la médecine et la chirurgie. Faut-il pour cela les réglementer?

Le grand argument qu'on invoque pour soumettre les dentistes à des examens spéciaux, est qu'ils pratiquent l'anesthésie et qu'il faut un article de loi pour leur interdire ou leur permettre cette pratique. La commission, en exigeant d'eux des examens spéciaux, leur refusait néanmoins le droit de pratiquer seuls l'anesthésie. C'était la leur interdire ou la rendre très coûteuse. L'insensibilisation restait le privilège de ceux qui peuvent se payer le luxe de la présence et des honoraires d'un docteur en médecine. La douleur était réservée aux pauvres. J'ai pu dire que ce n'était guère démocratique.

Ou bien les examens spéciaux des dentistes signifient quelque chose et devront porter sur l'anesthésie que ces opérateurs seront capables de pratiquer seuls, ou bien les examens ne signifient rien et il ne fallait pas réglementer la profession. Au cours de la discussion, l'honorable et éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris est intervenu comme commissaire du gouvernement pour établir que le brevet délivré aux nouveaux dentistes, étant une garantie d'examens sérieux, leur constituerait un droit réel. Au moins c'est logique, mais la dentisterie n'en est pas moins réglementée.

Si la pratique de l'anesthésie est une raison pour laquelle on réglemente l'art dentaire, les pratiques de l'hypnotisme devraient faire réglementer d'autres professions.

Dans la loi sur l'exercice de la médecine il faudra donc prochainement faire aussi une place aux vulgaires magnétiseurs.

En résumé, la liberté dont a joui la profession de dentiste a été favorable aux progrès de l'art dentaire.

Aucun intérêt social ne nécessite la réglementation de cette profession, dont le Parlement n'a pas à s'occuper dans une loi organique sur l'exercice de la médecine.

Si ces réflexions peuvent trouver place dans votre excellent journal, j'aurai l'espoir qu'elles pouront aussi trouver au Sénat quelqu'un de nos confrères qui leur sera favorable.

Veuillez agréez, Monsieur le Directeur et cher compatriote, l'assurance de mes sentiments dévoués et confraternels.

Dr Ed. Isambard,
député de l'Eure.

Les Femmes Pharmaciennes.

M. le Dr Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*,
Honoré Confrère,

Le *Progrès médical* fait campagne pour engager les femmes à aborder résolument les études pour la pharmacie. Comme argument à l'appui, permettez-moi de vous citer l'exemple de notre pays. A ma connaissance, il y existe actuellement neuf pharmaciennes tenant officine ouverte: trois à Bruxelles, une à Schaerbeck, une à Hal (soit cinq dans la province de Brabant), et quatre dans la province de Liège: à Liège, Visé, Jemeppe et Jupille.

La première installation de ce genre remonte au mois d'août 1887. Le mouvement va peut-être se ralentir, parce que la nouvelle loi exige pour la pharmacie exactement les mêmes études préalables que pour la médecine, jusques et y compris la candidature (baccalauréat) en sciences. Néanmoins, je sais qu'on s'occupe d'organiser une section d'humanités pour dames, et la difficulté, dans ce cas, serait franchie.

Néanmoins, il est encore quelques élèves-femmes en cours d'études qui bénéficieront des dispositions transitoires de la loi. Pendant ce temps, l'organisation de la section d'humanités sera peut-être effectuée et il n'est pas douteux qu'il ne s'y présente nombre d'élèves tant pour la médecine que pour la pharmacie.

Recevez, etc. Dr Th. Belval.

THÉRAPEUTIQUE

Albuminate de fer et de manganèse soluble;

par le Dr de Fournès.

Dernièrement, à propos des attaques inconsidérées des *Chercheurs de ressources budgétaires* contre les spécialités pharmaceutiques, nous soutenions cette thèse: « La spécialité en pharmacie a une raison d'être, parce qu'elle met à la disposition du praticien des médicaments mieux préparés, invariables, d'une administration généralement plus facile. »

C'est surtout pour les agents de la thérapeutique qui ont traversé les âges sans rien perdre de leur valeur et de leur importance que l'on voit se multiplier les essais à l'effet d'atteindre de plus en plus la perfection, en variant les produits de façon à satisfaire toutes les légitimes exigences, voire même les caprices des malades.

Ces réflexions nous sont inspirées par la nouvelle préparation que M. Trouette, pharmacien à Paris, présente au corps médical sous le nom de *Dragées d'albuminate de fer et de manganèse soluble.*

Personne n'ignore que l'étude physiologique du fer conduit à le ranger parmi les modificateurs les plus puissants de l'hématose. Le fer augmente le nombre des globules rouges du sang, ou hématies, et devient de ce fait même un hématogène par excellence. D'autre part, nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Pidoux, Gubler, pour ne nommer que les morts, ont parfaitement établi que la propriété essentielle des ferrugineux était d'activer la nutrition, en contribuant d'une manière efficace à la reconstruction des globules rouges, agents directs des oxydations organiques.

Pour ne remonter qu'à quarante et quelques années, l'histoire physiologique et thérapeutique du manganèse n'en est pas moins très intéressante.

C'est en 1847 que Millon, pharmacien en chef de l'armée d'Algérie, annonçait à l'Académie des sciences que le sang de l'homme contient presque toujours du manganèse en proportion dosable par les méthodes d'analyses habituelles.

Vers 1850, Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans une série d'articles publiés par les journaux de médecine de Paris, établissait ce fait alors nouveau en thérapeutique: que l'adjonction du manganèse et du fer ajoute beaucoup aux propriétés curatives des martiaux qu'elle fait mieux supporter.

« Si les propriétés du manganèse, ajoutait-il, se rapprochent beaucoup de celles du fer dans le minerai duquel on le rencontre, les propriétés thérapeutiques de cet agent semblent aussi analogues à celles du fer auquel la nature l'a presque toujours uni. »

Bouchardat, après avoir contrôlé les recherches de Pétrequin et d'Hamon, inscrit dans ses *formulaires* classiques les préparations manganeuses « comme utiles dans les affections que caractérise la débilitation de l'organisme. »

Le *Traité de thérapeutique et de pharmacologie* considère le manganèse comme un succédané spécial du fer « exerçant comme ce dernier un rôle hématogène analogue, parce que comme le fer il existe réellement dans le sang (1).

Le travail thérapeutique le plus récent sur le manganèse, d'après l'*Annual of universal medical sciences* (année 1889, 5e vol.), a été communiqué au 9e Congrès international des sciences par le Dr J.-N. Upshur. Le savant clinicien administre avec succès l'oxyde de manganèse sous forme pilulaire enrobée de gélatine: dans l'aménorrhée due à des conditions d'appauvrissement et de cachexie du sang; dans la pléthore et l'obésité sous la dépendance d'un déséquilibre vasculaire du liquide sanguin; « dans les cas de menstruation anormale provo-

(1) Vauquelin a constaté la présence du manganèse dans les cheveux. Bley, Wurzer, Bucholz et Weidenbusch l'ont rencontré dans les déchets organiques; Wurzer, Cramer, Millon, Deschamps, Burin de Buisson dans le sang; Marchesseaux dans les globules eux-mêmes!

quée non par des causes mécaniques, mais par des causes fonctionnelles (1). »

Le Dr Upshur estime que l'oxyde de manganèse est plus efficace dans ces diverses manifestations morbides que le permanganate de potasse préconisé par Lvoff et Papoff.

Maintenant quel rôle joue l'albumine dans cette préparation ferro-manganique : ce rôle, d'après les recherches de l'auteur, est des plus importants, car l'albumine possède la propriété de former avec le fer et le manganèse un albuminate soluble, et partant plus assimilable, évitant en outre les inconvénients d'un très grand nombre de préparations ferrugineuses qui se traduisent du côté du tube digestif par l'anorexie, les pesanteurs d'estomac, la constipation quelquefois opiniâtre et quelquefois alternant avec la diarrhée. Ces dragées d'albuminate de fer et de manganèse n'empruntent aux liquides de l'estomac aucun de ses éléments pour se dissoudre, ne troublent ainsi aucune de ses fonctions.

Cette propriété de prompte assimilation explique la faveur avec laquelle le produit a été accueilli par l'unanimité des médecins qui n'ont eu qu'à enregistrer des succès dans toutes les maladies ressortant de la médication ferrugineuse : l'anémie, la chlorose, l'appauvrissement du sang, et l'*aménorrhée qui en résulte*, sans compter la faiblesse, l'épuisement, la croissance, le passage à la période adulte des jeunes filles et des jeunes gens.

Disons, en dernier lieu, par expérience personnelle, que les « dragées de fer Trouette » contenant chacune 1 centigramme et demi d'albuminate, doivent être prises de préférence pendant les repas, à la dose de 4 à 8 suivant l'âge du malade. (*Journal d'Hygiène.*)

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA SEINE.

La Rage dans le département de la Seine.

M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, dans la dernière séance du conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, a déposé son rapport annuel sur les cas de la *rage humaine* qui se sont produits pendant l'année 1890. Il n'y a eu durant cette période, dit M. Dujardin-Beaumetz, qu'un seul décès par rage : celui d'une enfant de sept ans, mordue le 22 novembre 1889, au mollet droit, par un chien dont l'autopsie n'a pu être faite. L'enfant fut traitée à l'Institut Pasteur du 24 novembre au 3 décembre ; le 9 février suivant, elle succombait à la rage convulsive. Il résulte des renseignements fournis par M. Dujardin-Beaumetz que la rage a causé : en 1880, 4 décès ; en 1881, 21 ; en 1882, 9 ; en 1883, 4 ; en 1884, 3 : en 1885, 22 ; en 1886, 3 ; en 1887, 9 ; en 1888, 19 ; en 1889, 6 ; en 1890, 1. D'autre part, le nombre des animaux reconnus enragés s'est élevé. En 1883, à 182 ; en 1884, à 301 ; en 1885, à 518 ; en 1886, à 604 ; en 1887, à 644 ; en 1888, à 863 ; en 1889, à 367 ; en 1890, à 203. M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer la diminution considérable des cas de rage humaine dans les années qui suivent celles où le nombre des décès par rage a été très élevé. Il estime que cette atténuation est due à ce que l'attention publique est éveillée par la fréquence des décès ; on sigale alors plus exactement aux agents de l'autorité les animaux suspects comme ayant été en contact avec des animanx enragés, et ces informations permettent une suppression plus complète des contaminés. En outre, il convient d'observer qu'actuellement presque toutes les personnes mordues par des animaux enragés ou suspects de rage se rendent à l'Institut Pasteur. En 1890, 95 personnes habitant le département de la Seine y ont été traitées : 20 avaient été mordues par des animaux dont la rage a été constatée expérimentalement, — 45 par des animaux qu'un vétérinaire a reconnus enragés, — et 30 par des animaux suspects de rage. Il ne s'est produit aucun décès parmi ces 95 personnes, l'enfant dont il est parlé plus haut ayant été mordue en 1889. M. Dujardin-Beaumetz propose en terminant de donner le plus de publicité possible aux avantages du traitement pastorien, et il demande à M. le préfet de police de prescrire à ses agents l'exécution rigoureuse des dispositions de la loi du 21 juillet 1881 et du décret du 22 juin 1882 relatives à l'abatage immédiat de tous les animaux atteints de rage ou ayant été en contact avec des animaux enragés. Il reconnaît toutefois qu'actuellement les règlements sont appliqués avec plus de rigueur que par le passé.

M. GAUTIER a insisté sur la nécessité d'avoir des règlements sévères, analogues à ceux de Berlin et de Londres. M. NOCARD n'est pas aussi optimiste que M. Dujardin-Beaumetz ; mais il n'en appuie pas moins ses conclusions avec une grande énergie. Après une réflexion de M. MICHEL-LÉVY sur le retour des épidémies de rages et une réplique de M. DUJARDIN-BEAUMETZ, le conseil décide que les vœux présentés en 1887, renouvelés à l'unanimité en 1888 et 1889, figureront dorénavant à la fin du rapport de 1890.

(1) Doses de 0,06 à 0,13 après les repas, — continuées pendant un mois.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

La Loi sur l'Exercice de la Pharmacie.

Dans la dernière séance du Comité consultatif d'Hygiène publique de France, M. le Dr BROUARDEL a lu un rapport sur un *projet de loi relatif à l'exercice de la Pharmacie*. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

Le projet de loi devant règlementer l'exercice de la pharmacie remonte à 1885. A cette époque, pendant que M. Lockroy était ministre du commerce, le comité d'hygiène avait déjà préparé un projet, qui fut déposé le jour même où le ministère dont faisait partie M. Lockroy tomba ; ce projet était signé de MM. Grévy, Demôle et Lockroy. Il fut sans doute considéré comme émanant de l'initiative parlementaire, car il tomba avec la législature sous laquelle il avait été déposé. Sous la législature actuelle, M. Lockroy a repris le projet de 1885 comme député et une commission dont M. César Duval est le rapporteur a été nommée.

Ce projet de loi soulève deux questions principales : 1° au nom de la commission, M. César Duval demande la suppression des pharmaciens de 2e classe.

Le Comité d'hygiène, appelé à se prononcer sur ce premier point, a fait remarquer dans son rapport qu'actuellement il y a en France 7,100 pharmaciens ; 2,319 sont de première classe et 4,781 de seconde. Sur trois pharmaciens de première classe il y en a donc deux de seconde. Si l'on supprime les pharmaciens de deuxième classe, il est impossible d'organiser l'assistance dans les campagnes. Si on abaisse le niveau des études pour ne faire qu'une classe unique de pharmaciens, on diminue la valeur de la première catégorie et on n'augmente pas celle de la seconde.

2° La commission de la Chambre demande, en outre, que les pharmaciens des hospices et des hôpitaux ne puissent pas faire porter les drogues qu'ils fabriquent dans les bureaux de bienfaisance et les dispensaires, même pour y être distribués gratuitement aux indigents par des personnes choisies par les pharmaciens eux-mêmes.

Le Comité d'hygiène répond à cette proposition en considérant que le quart des cantons en France n'a pas de pharmaciens, que le deuxième quart n'en a qu'un ; dans quelques départements, celui de la Lorèze, par exemple, sur 24 cantons, 16 n'ont pas de pharmacien ; dans les Hautes-Alpes, sur 24 cantons 20 n'en ont pas, de sorte qu'il faut faire 15 ou 20 kilomètres pour trouver un pharmacien. Donc, si on interdit les dépôts, les indigents seront privés de secours pharmaceutiques.

Quant aux *herboristes*, le Comité d'hygiène a conclu à leur suppression, *attendu qu'ils ne rendent aucun service et pratiquent constamment la médecine illégale*

HÔPITAL DE BERCK ET HOSPICE DE BRÉVANNES. — *Concours d'Internat.* — Le concours de l'internat en médecine de l'hôpital de Berck et de l'hospice de Brévannes a commencé le 12 mars 1891. Les membres du jury étaient : MM. Josias, Petit, de St-Germain. 4 places étaient mises au concours, 2 pour Berck, 2 pour Brévannes. 18 candidats étaient inscrits, dont 6 pour Brévannes et 12 pour Berck. Le sujet de la composition écrite a été le suivant : *Articulation du poignet* ; *Symptômes et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.* — Les autres questions mises dans l'urne étaient les suivantes : *Veines du pli du coude ; accidents de la saignée. — Configuration extérieure et rapports du foie ; Ascite.* — L'épreuve orale a eu lieu le 17 mars. Les candidats pour l'hôpital de Berck ont traité la question suivante : *Oreillons.* — Les deux questions restées dans l'urne étaient : 1° *Symptômes et marche de la coqueluche non compliquée* ; 2° *Symptômes et traitement de l'ophtalmie purulente.* — Les candidats pour l'hospice de Brévannes ont traité la question suivante : *Signes et diagnostic de la fracture du col du fémur.* Les autres questions, restées dans l'urne, étaient ainsi conçues : 1° *Symptômes et diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale* ; 2° *Symptômes et diagnostic du cancer de l'estomac.* — A la suite de ces diverses épreuves, ont été proclamées internes en médecine : *Pour l'hôpital de Berck* : 1° M. Page ; 2° Mlle Kohau. — *Pour l'hospice de Brévannes* : 1° M. Galmard ; 2° M. Iscovesco.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du Mardi 17 mars 1891.

Discussion du Projet de Loi relatif à l'Exercice de la Médecine.

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour appelle la discussion : 1° du projet de loi; 2° des propositions de loi de M. Edouard Lockroy, de M. Chevandier, de M. David (Alpes-Maritimes) et plusieurs de ses collègues, sur l'exercice de la médecine. La parole est à M. Langlet.

M. LANGLET. — Messieurs, la question qui vient à l'ordre du jour en ce moment n'a pas semblé, à la dernière séance, lors du règlement de l'ordre du jour, attirer très vivement l'attention de nos collègues; j'ai même entendu l'un d'eux s'écrier : « C'est une loi d'intérêt local ! » Je désirerais en quelques mots montrer qu'il s'agit bien là d'une loi d'intérêt général, de premier ordre, et me placer à deux points de vue : au point de vue de la santé publique et à celui des intérêts de l'enseignement supérieur. On pourrait, à la rigueur, se demander s'il y a lieu de réglementer l'exercice de la médecine. La question s'est posée à diverses reprises. On a vu des médecins demander qu'à l'exemple de ce qui se passe dans certains pays, l'exercice de la médecine fût libre. Je crois que personne aujourd'hui ne fait une pareille proposition. On comprend que les intérêts de la santé publique nécessitent, de la part de ceux qui en ont la charge, des connaissances non seulement élémentaires, mais approfondies. Par conséquent, de tout temps, la réglementation de la médecine a été acceptée. Il s'agit aujourd'hui de réformer la loi de l'an XI, qui règle l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Nous ne nous occupons en ce moment que de la médecine. Cette loi de l'an XI prévoit deux catégories de médecins, et c'est un des points principaux de la discussion qui s'ouvre devant nous. La question est de savoir s'il y a lieu de conserver ces deux catégories : des médecins qui sont appelés officiers de santé et d'autres qui portent le nom de docteurs. Lors de l'élaboration de la loi de l'an XI, on avait émis cette prétention singulière qu'il fallait des médecins savants pour les villes et d'autres moins instruits pour les campagnes. On avait donné cette raison étrange que les populations des campagnes étant de mœurs plus douces et plus simples devaient avoir des maladies plus faciles à soigner et nécessitant une complication thérapeutique moindre. C'était évidemment là un enfantillage. On a donc créé deux ordres de médecins : les docteurs et les officiers de santé, dont les conditions d'études étaient de beaucoup inférieures à celles qui sont exigées des docteurs. Les docteurs doivent d'abord justifier de connaissances classiques résumées dans le baccalauréat ; puis, au point de vue des études techniques, ils sont assujettis à de plus nombreuses inscriptions et enfin à des examens probatoires plus sérieux et à la confection d'une thèse. L'officier de santé, lui, est soumis à une durée d'études moins considérable. En réalité cette loi, qui avait pour but de mettre un peu d'ordre dans le chaos qui existait alors, a réalisé un progrès considérable, car nombre de praticiens exerçaient sans posséder aucune espèce de connaissances médicales. Il n'en est pas moins vrai que la création de deux catégories de personnes chargées de donner à ceux qui souffrent les mêmes soins était inadmissible, tellement qu'on avait cru devoir établir pour les officiers de santé et pour les docteurs, des différences dans l'exercice de leur profession. On avait limité, au point de vue géographique, l'étendue territoriale sur laquelle l'officier de santé pouvait exercer; sous prétexte que sa science était moins grande, il pouvait exercer dans son département, mais hors de ce département il n'avait plus aucun pouvoir. On avait circonscrit encore la puissance d'exercice de l'officier de santé, au point de vue de certaines opérations : il lui était interdit — et cette interdiction subsiste encore aujourd'hui — de pratiquer certaines opérations qu'il peut se trouver cependant dans la nécessité de faire pour sauver un malade en danger.

Voilà deux conditions inadmissibles qui étaient imposées à cette catégorie de médecins : infériorité dans le grade, comme dans la situation sociale, avec défense de pratiquer certaines opérations, et nécessité de n'exercer que dans un territoire très restreint. D'où cette conséquence qu'un médecin situé sur la frontière de deux départements pouvait licitement, avec l'appui de la loi, exercer sa profession dans une région, tandis qu'à quelques kilomètres de là il lui était impossible de le faire; ce qui était bon au dedans d'un département devenait mauvais en dehors. On a toujours songé à réformer cette loi de l'an XI et il s'en est fallu de peu qu'en 1825 elle ne fût complètement modifiée. La Chambre des pairs d'alors avait été saisie d'un projet de loi très étudié, préparé par les hommes les plus compétents et les plus distingués dans la science, et qui fut sur le point d'être voté. Ce projet consistait à créer pour le corps médical, non plus deux catégories de grades, deux catégories d'individus pouvant exercer dans une circonscription territoriale plus ou moins étendue, mais une faculté qu'on appelait alors et qu'on pouvait appeler la licence, la faculté d'exercer, le droit d'exercice, le diplôme professionnel en un mot. Ce diplôme professionnel était certainement ce qu'il était le plus logique d'exiger de celui qui devait exercer la médecine ; c'est ce diplôme qu'on demande dans certains pays, en Allemagne, dans certains cantons de la Suisse, à ceux qui veulent pratiquer la médecine. Dès 1825, on a combattu victorieusement toutes les objections qu'on adressait à ces deux catégories de médecins, et Chaptal, qui était le rapporteur de la loi, si je ne me trompe, disait — et c'était un argument irréfutable — que de bons médecins étaient plus nécessaires encore dans les campagnes que dans les villes, parce que dans les campagnes ils se trouvaient très souvent dans l'impossibilité de recourir à la science de leurs collègues, tandis que dans les villes, au contraire, les conditions d'exercice étaient facilitées non seulement par la concurrence, mais encore par la collaboration. Il ajoutait que les demi-médecins avaient bientôt converti des demi-malades en malades bien conditionnés. Aujourd'hui, on ne pourrait plus parler ainsi des officiers de santé, et je tiens à déclarer hautement que, dans le projet de loi préparé par la commission, comme dans l'esprit de tous ceux qui y ont collaboré, il n'est pas venu à la pensée qu'on devait supprimer les officiers de santé, parce qu'ils étaient indignes d'exercer la médecine. Cela n'est pas venu dans l'idée des commissaires, parce que cela n'est pas la vérité. Aujourd'hui la situation des officiers de santé est absolument différente de ce qu'elle était autrefois. On a augmenté la durée de leurs études; on a demandé des examens plus compliqués et plus difficiles; on les a en un mot rapprochés singulièrement des docteurs au point de vue de la science qu'ils possèdent. Je pourrais affirmer à la Chambre qu'il existe dans un grand nombre de nos campagnes des officiers de santé auxquels on pourrait se confier avec au moins autant de sûreté qu'à bon nombre de docteurs. En réalité, il n'y a plus aujourd'hui grande différence entre l'officier de santé et le docteur, ou plutôt si, il y en a une, et cette différence, vous savez en quoi elle consiste : dans l'examen exigé à l'entrée des études médicales, dans le baccalauréat. Il n'y a donc souvent entre l'officier de santé et le docteur que la différence d'une version latine. Ce n'est pas ici l'occasion de soulever cette grande question de la réforme du baccalauréat, à laquelle on a déjà touché il y a quelque temps. Je n'insiste, pour ma part, que sur le côté de la question qui montre comme inutile aujourd'hui la distinction entre l'officier de santé et le docteur, que le diplôme professionnel, que le droit d'exercice doit être le même pour tous, pour celui qui pratique à la ville et pour celui qui pratique à la campagne. La maladie et les malades sont les mêmes partout; la maladie est aussi terrible pour les humbles que pour les riches. Il est donc nécessaire de présenter partout les mêmes garanties de science et d'honnêteté.

M. Frédéric GROUSSET. — On ne peut pas payer les mêmes honoraires partout.

M. LANGLET. — C'est une autre question.

M LOROIS. — C'est la question principale.

M. LANGLET. — Dans la commission, on s'est rallié à cette idée — parce qu'il n'y avait plus de raisons majeures de conserver ces deux grades — qu'il fallait faire l'unification des études médicales. C'est sur ce point que je demande à attirer un peu l'attention de la Chambre parce que, à côté de la question des intérêts de la santé publique, je voudrais demander à M. le ministre de l'instruction publique ou à M. le commissaire du Gouvernement quelles sont leurs intentions à l'égard des centres d'instruction qui confèrent certains grades et qui, jusqu'à présent, étaient particulièrement chargés de conférer le grade d'officier de santé. En effet, à cette question de pratique médicale se lie intimement celle de l'enseignement de la médecine, et vous savez qu'il existe en France, en dehors des Facultés, des écoles qui ont le nom d'écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, dont les intérêts semblent, pour beaucoup de personnes, lésés par le projet de loi qui vient aujourd'hui devant vous. Il s'agit de savoir si la suppression des officiers de santé portera un coup sensible à des foyers d'instruction supérieure qui se trouvent situés dans un assez grand nombre de villes de province et qui constituent des milieux où la science a ses droits et qu'il importe pour beaucoup de raisons de ne pas supprimer. Je demande donc la permission de dire quelques mots de ces conditions d'études et de ces écoles secondaires de médecine. (*Parlez ! parlez !*). On les appelle en réalité écoles préparatoires de médecine; c'est là le nom qui devrait leur être réservé, parce qu'elles devraient être chargées de donner l'enseignement élémentaire de la médecine, à commencer par les études pratiques, laissant aux Facultés, mieux outillées et plus riches, le droit de donner l'instruction supérieure ou tout au moins le droit de faire passer les examens et de perfectionner les élèves. Il y aurait donc là en France, si on voulait, deux organes qui se compléteraient l'un l'autre. Avec ce rôle de perfectionnement donné à la Faculté, on ne se trouverait peut-être pas dans la nécessité de créer un nombre

de Facultés aussi considérable que celui qu'on est en train d'instituer, et on obtiendrait quelques avantages au point de vue de l'élévation générale du niveau scientifique dans les Facultés. Mais il ne suffirait pas de permettre à ces écoles secondaires de médecine de vivre en conservant leurs élèves ; je crois qu'il serait nécessaire d'opérer quelques transformations, et à cet égard j'ai pleine confiance dans le Gouvernement et dans ses conseils, parmi lesquels je vois un de mes maîtres aimés. J'estime qu'il serait indispensable de transformer les études médicales si on veut obtenir des résultats, si on veut conserver les élèves dans ces écoles secondaires et laisser vivre quelques foyers où l'on s'occupe de science et qui peuvent être utiles aux milieux où ils sont placés. Que sont donc ces écoles secondaires de médecine? Elles possèdent un certain nombre de professeurs auxquels on a rendu la vie un peu difficile depuis quelques années, il faut bien le reconnaître, en exigeant que les villes où elles se trouvent fassent des sacrifices plus considérables.

On a chargé le budget communal d'une façon notable sans que l'Etat ait part, à un degré quelconque — notez ceci — aux dépenses de cet enseignement. Je ne demande pas à l'Etat d'intervenir dans les dépenses de cet enseignement supérieur ; je demande justement, puisque ces écoles vivent de subvention communales et départementales, qu'elles soient tenues en plus grande considération. En effet, elles ne coûtent rien au budget de l'Etat et elles peuvent lui rendre les plus grands services. On a fait depuis quelques années une transformation dans l'organisation des études médicales qui leur a été préjudiciable. Je crois que tout le monde est d'accord sur ce point dans les Facultés et dans les conseils du Gouvernement ; et cependant on ne se décide pas à revenir à un régime normal. La difficulté est celle-ci : Autrefois, lorsqu'un élève sortait du lycée muni de ses grades, il entrait dans une école de médecine, où il s'occupait immédiatement d'anatomie et de clinique. C'étaient là les bases pratiques les plus sérieuses de l'étude de la médecine, et ces écoles envoyaient à Paris des élèves qui pouvaient lutter avec les meilleurs et les mieux préparés des Facultés. Aujourd'hui on a fait en sorte que l'enseignement de la première année des études médicales soit tout à fait différent ; on a mis à la base l'étude de la physique, de la chimie et des sciences naturelles. Or, cette étude faite en première année — c'est mon avis et c'est également l'opinion d'un grand nombre de membres du corps enseignant — a cet inconvénient énorme de ne pas placer immédiatement l'étudiant dans le milieu qui le séduit en lui promettant l'étude si intéressante de la vie et de la souffrance humaine ; elle a le désavantage de prolonger en quelque sorte les études du baccalauréat. Au contraire, il faut combiner les études des sciences accessoires, ou dites accessoires, avec les études de médecine proprement dites,et transformer cette première année qui vient si singulièrement compliquer les études médicales. Il faut aussi que les écoles secondaires puissent trouver une existence tolérable, que les élèves aient quelque raison d'y rester et les professeurs quelque autorité sur ces élèves. Or, lorsqu'on a créé les examens du doctorat se poursuivant d'année en année, de l'étudiant de première année on fait un docteur ès sciences physiques, puis un docteur en anatomie, en physiologie, etc., qui, après chaque examen, ne va plus s'occuper des matières qui en font l'objet. Il faudrait au contraire, — et sur ce point je demande quelle est l'opinion de M. le commissaire du Gouvernement, — il faudrait que les études des sciences accessoires fussent réparties pendant toute la durée des études médicales ; il faudrait que, pendant les deux, trois ou quatre années qu'un étudiant peut rester dans une école secondaire de médecine, il subît des examens de fin d'année, qui, passés sous la direction de ses professeurs, mettraient entre eux une communauté d'idées qui n'existe pas aujourd'hui et donnerait aux maîtres une connaissance plus approfondie de la valeur de leurs élèves. La question est tellement importante qu'elle se pose non seulement pour les écoles secondaires de médecine, mais même à Paris. Vous l'avez vue se poser, il y a quelque temps devant les Sociétés médicales de Paris qui se sont demandé s'il n'y aurait pas lieu de décharger les Facultés qui sont encombrées d'élèves. M. le doyen de la Faculté de médecine ne me démentira pas quand je dirai que, si bien outillées que soient nos Facultés, si vastes que soient leurs locaux, ils ne peuvent pas encore suffire à loger les élèves et leur permettre d'avoir tous les éléments d'instruction nécessaires.

Il faudrait donc permettre aussi bien à Paris qu'en province l'organisation de centres d'instruction pratique, qui produiraient des élèves ayant au moins autant de valeur que ceux qui sont formés par le doctorat d'aujourd'hui et qui pourraient faire leurs études dans les hôpitaux de Paris et dans les grands hôpitaux des villes de province où se trouvent des écoles. Je n'insisterai pas plus longtemps, Messieurs. J'ai posé les questions et j'ai le grand désir qu'il y soit répondu. Je crois que le moment n'est pas aux longs discours ; je vais par conséquent terminer en deux mots en vous disant qu'en ce qui me concerne, mon grand désir serait de voir ouvrir plus largement les portes de l'enseignement médical par une transformation des examens qu'on demande aux élèves qui vont y entrer. Je voudrais qu'on s'assurât que les individus qui vont faire de la médecine ont une culture intellectuelle assez élevée, quel que soit d'ailleurs le mode d'examens par lesquels on s'en assure ; je voudrais enfin que les écoles secondaires de médecine qui sont dans les centres de préparation des élèves qui vont venir dans les Facultés soient assez bien organisées, non pas au point de vue du matériel qu'elles possèdent, des professeurs qu'elles possèdent aussi, mais des facilités d'études et de l'ordre dans les examens afin qu'elles puissent conserver leurs élèves plus longtemps. On pourrait, dans ces conditions, créer dans notre France un personnel médical ayant un diplôme d'une valeur uniforme, instruit de ses devoirs, connaissant les besoins des malades et pouvant y satisfaire ; en un mot, des praticiens qui, n'aspirant pas tous à rester dans les villes et à encombrer leurs laboratoires, pourraient retourner chez eux et contribuer à entretenir les foyers d'instruction dont je vous parlais tout à l'heure. Si vous faites cela nous pourrons voter le projet de loi qui nous est soumis sans scrupule et sans arrière-pensée, sans crainte de nuire à un enseignement que nous croyons profondément utile, sans la crainte surtout de nuire aux établissements d'enseignement supérieur auxquels nous portons un grand intérêt et que nous croyons profondément utiles. (*Très bien! très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. CHEVANDIER, *rapporteur*. — Je remercie notre honorable collègue des observations qu'il a soumises à la Chambre et qui très certainement prépareront un vote favorable au passage à la discussion des articles de la loi que nous avons l'honneur de vous proposer. Or, il y a peu de sujets plus intéressants que celui des conditions réglant l'exercice de la médecine. C'est là une question d'humanité, que nous plaçons bien au-dessus des intérêts matériels et particuliers que quelques personnes ont cru découvrir dans notre proposition. Nous n'avons été soutenus dans cet examen si souvent répété des propositions nombreuses qui nous ont été soumises, que par l'ardent désir de doter notre pays d'un corps médical qui lui apporte les garanties les plus complètes au point de vue de l'exercice d'une profession redoutable. Nous ne pouvons méconnaître la gravité des fonctions des médecins, ce que la société et la famille sont en droit d'attendre de chacun d'eux, et c'est en nous inspirant justement des devoirs qui leur incombent, des espérances qui se tournent vers eux, que nous venons devant vous, résolus à soutenir notre proposition de loi portant revision d'une loi qui date du commencement du siècle.

Ce qui nous prouve l'utilité de ce projet, c'est que du jour où il il a été déposé en 1883 sur cette tribune, il a été examiné par un grand nombre de sociétés de médecins ; c'est que, pendant cette longue période de huit années écoulées entre le jour de son dépôt et l'heure de la discussion actuelle, il a été constamment défendu non seulement par les auteurs de la proposition initiale, mais encore par les délégués de l'Association générale des médecins de France, par les trois commissions parlementaires auxquelles elle a dû être déférée par suite de la caducité qui l'a frappée par deux fois ; c'est qu'il a été l'objet de l'étude si consciencieuse qu'en a faite le Comité d'hygiène publique de France ; c'est, enfin, parce qu'il a fait naître deux projets du Gouvernement. Et comment aurait-il pu ne pas en être ainsi ? Le Gouvernement ne pouvait se désintéresser d'une question d'une telle importance. La question n'apparaît pas pour la première fois devant le Parlement. Si vous voulez, messieurs, vous reporter à cinquante ans en arrière, vous trouverez deux dates mémorables : l'une dans les annales parlementaires, l'autre dans les fastes de la médecine. En 1845, un Congrès médical siégeant à Paris, composé de 600 médecins, délégués par 14,000 docteurs, fit porter ses études et ses observations, un mois durant, non seulement sur le projet sur lequel nous appelons aujourd'hui votre attention, mais encore sur beaucoup d'autres questions d'intérêt public.

J'ajoute, messieurs, qu'à cette époque, comme aujourd'hui, les pouvoirs publics prêtaient l'oreille aux revendications du corps médical à ce point que, deux ans après, des votes émis au sein du Congrès médical naissait un projet de loi sur l'exercice de la médecine. Le Gouvernement avait fait siennes les délibérations de cette grande assemblée de médecins réunis en vue de donner les meilleures solutions aux questions déjà posées à cette époque. Aussi, en 1847, le ministre de l'instruction publique, M. de Salvandy, s'inspirant des documents recueillis au cours des délibérations du congrès, présentait à la Chambre des pairs un projet de loi identique à celui que nous avons l'honneur de vous apporter aujourd'hui. Et, afin de vous encourager dans la voie où nous désirons vous voir entrer, afin de vous décider à voter notre proposition de loi, permettez-nous de vous rappeler qu'après une longue délibération la Chambre des pairs vota le projet de loi de M. de Salvandy à une majorité énorme, à la majorité, je crois,

de 280 voix contre 15 ou 18 — le chiffre exact n'est pas présent à mon esprit, mais c'est à peu près dans cette proportion que la loi fut votée par une majorité dont je serai heureux de vous voir suivre l'exemple. Or, messieurs, depuis cette époque, les intérêts médicaux, qui déjà étaient en souffrance, n'ont point cessé de souffrir, et c'est peut-être là que vous trouverez l'origine des quelques inquiétudes auxquelles vous n'avez pu vous soustraire. Vous vous êtes demandé parfois d'où vient la pénurie de médecins dans les campagnes, et leur surabondance dans les villes. Messieurs, c'est précisément parce que nous croyons avoir trouvé les moyens d'encourager les médecins, de les soutenir, de les protéger davantage, et, dès lors, d'assurer leur recrutement que nous venons vous proposer de voter les dispositions nombreuses inscrites dans les articles de notre proposition.

Déjà mon honorable collègue, M. Langlet a fait un exposé dans lequel il a traité d'une manière plus particulière et peut-être un peu prématurée de la question de l'officiat de santé. Pour moi, je vais d'abord indiquer sur quels points de la loi du 19 ventôse, an XI, porte notre projet de revision. Mais avant, permettez-moi de vous dire quelques mots de cette loi. Quand le décret du 18 août 1792 eut supprimé toutes les corporations, les écoles de médecine, organisées sur le modèle des congrégations civiles, disparurent. Heureusement la loi de prairial an III vint bientôt rétablir l'enseignement médical, confié avant la Révolution à dix-huit facultés de médecine ; elles furent remplacées par les trois écoles de santé de Paris, de Montpellier et de Strasbourg qui ont jeté un si grand éclat sur la médecine française. On voulut aussi essayer à cette époque du libre exercice de la médecine. On fit alors une expérience que nul, je crois, n'est disposé à tenter de nouveau. Elle donna les résultats les plus malheureux. On vit apparaître, en effet, un nombre considérable de gens qui, dépourvus d'instruction et d'honnêteté, n'ayant pour tout bagage thérapeutique que quelques formules empruntées aux bonnes femmes, s'érigèrent en médecins, distribuant leurs panacées à tort et à travers, abusant de l'ignorance et de la crédulité des paysans. Voilà quels furent les résultats du libre exercice de la médecine. Que si quelqu'un faisait observer qu'il y a en Europe une nation dans laquelle l'exercice de la médecine est encore libre, il me serait facile de lui montrer qu'il existe en Angleterre, c'est d'elle qu'il s'agit, une tendance à la réglementation de l'exercice de la médecine, que cette disposition est même manifeste aux Etats-Unis. La loi de l'an XI a donc rendu un très grand service, car elle est intervenue précisément au moment où après le mal causé par le libre exercice, les garanties de savoir et de moralité étaient devenues nécessaires. J'ajoute qu'on était alors dans des conditions telles qu'il fallait autant que possible avoir un personnel médical nombreux qu'on pût envoyer non seulement à la campagne, mais encore dans les armées. Vous vous rappelez, messieurs, dans quelle situation se trouvait la France à cette époque. L'Europe était coalisée contre elle : il fallait faire face à toutes les armées qui se précipitaient sur nous. Il fallait absolument avoir sur les champs de bataille, dans les hôpitaux militaires, un personnel médical considérable, ayant reçu au moins une instruction suffisante pour donner les premiers soins. La loi de l'an XI créa une nouvelle catégorie de praticiens, les officiers de santé. Ce nom même vous rappelle la circonstance dans laquelle ce grade prit naissance et surtout les attributions qui y furent attachées. Quant à ceux qui devaient aller à la campagne, mon honorable collègue nous a rappelé tout à l'heure à quel rôle ils devaient être réduits : ils ne devaient soigner que les maladies de peu d'importance, distribuer les premiers soins ; sitôt que la maladie prendrait de la gravité, ils devaient appeler le docteur de la localité voisine, sous la vigilance duquel ils étaient placés. Or, souvent les premiers soins peuvent arrêter la maladie qui s'aggrave, si un médecin expert n'y porte remède. Les docteurs crurent d'abord devoir abandonner la médecine rurale aux soins de leurs nouveaux confrères et se portèrent vers les villes.

Plus tard, pour des causes que je ne puis pas déterminer à l'heure actuelle, ils reparurent dans les bourgs, et aujourd'hui encore ils se montrent plus fidèles à leur clientèle rurale que les officiers de santé. Ce fut le tour de ces derniers de chercher à se créer des clientèles dans les villes les plus importantes de leur département, où la complaisance de leurs clients les gratifiait généreusement du titre de docteur. Le mot « docteur » était devenu synonyme du mot médecin. Il suffisait qu'on appelât le médecin pour qu'en le recevant dans les familles on lui décernât le titre de docteur qui le flattait. Le titre d'officier de santé, ils n'osent plus le porter aujourd'hui, tant on l'a déconsidéré par les conditions restrictives et humiliantes de l'exercice de leur profession. Ils ne peuvent exercer que dans le département pour lequel ils ont été nommés ; les grandes opérations leur sont interdites ; ils ne peuvent faire aucun service hospitalier. Ces dispositions sont injustement maintenues encore à l'heure actuelle contre des hommes munis d'une instruction médicale solide et de beaucoup supérieure à celle de leurs aînés. Par suite de l'intervention de nombreux décrets, l'officiat de santé a été rapproché à un tel point du doctorat que le moment nous paraît venu de réaliser la si désirable unité du titre. Cette unité de diplôme a été constamment poursuivie. Quand Fourcroy, rapporteur de la loi de l'an XI, se vit dans la nécessité de proposer la création de l'officiat de santé, il prit soin de déclarer que, selon lui, c'était là une mesure absolument transitoire et qu'on ne devait pas perdre de vue le but qu'il fallait atteindre, l'unité du diplôme.

Il n'y a, en effet, qu'une catégorie de malades ; il ne doit y avoir qu'une catégorie de médecins. L'égalité du malade devant la science est un droit démocratique que la République ne peut méconnaître. Il y a d'ailleurs un minimum de connaissances médicales au-dessous duquel il ne faut pas descendre ; ce minimum est représenté, à mon sens, par l'ensemble des connaissances requises du docteur en médecine. Il en est ainsi dans toute l'Europe. Le médecin de second ordre ne se rencontre plus que chez nous. Il a été supprimé en Espagne, en Italie, en Suisse, en Belgique, en Allemagne, partout sauf en Portugal. Et le minimum des connaissances exigées est moindre en France que partout ailleurs, au moins en Europe. Chez nous la scolarité pour le doctorat ne dure que quatre ans, représentés par seize inscriptions ; ailleurs, en Italie, par exemple, la durée des études médicales est de six années. Dès lors est-on fondé à s'étonner de notre proposition ? Qui pourrait s'en plaindre ? Nous sommes à la veille d'organiser l'assistance médicale dans les campagnes ; un projet de loi a été déposé par le Gouvernement dans ce but ; n'est-ce pas le moment de songer à organiser un corps médical de même ordre, afin de donner satisfaction à ce sentiment d'égalité de tous devan la science ? Je sais bien que vous vous préoccupez d'une ques tion à laquelle nous ne sommes pas restés étrangers, croyez-le bien, celle du recrutement d'un personnel médical suffisant. Le recrutement, messieurs, vous ne pouvez plus espérer de le faire par l'officiat. Au fur et à mesure que, par des décrets, on a obligé les officiers de santé à acquérir des connaissances plus étendues, leur nombre a diminué ; le jour où a été rendu le décret du 3 août 1883 imposant à l'officier de santé l'obligation de faire quatre ans d'études et de fournir un stage de 3 ans dans les hôpitaux, leur nombre est tombé à un chiffre annuel si minime que vous ne pouvez plus, en réalité, compter sur cette institution décrépite pour obtenir un recrutement sérieux du personnel médical de l'avenir.

D'ailleurs, une circonstance particulière doit être rappelée, car elle a porté le dernier coup à l'officiat de santé : c'est la façon dont les traite la loi sur le recrutement de l'armée. Cette loi a méconnu absolument les droits de l'officier de santé et les services qu'il peut rendre. Pour moi, je déclare que, si l'officiat de santé devait être maintenu, je demanderais qu'on fit à l'officier de santé une place honorable dans le corps de santé militaire.

Permettez-moi, enfin, messieurs, de vous rappeler que l'officier de santé a été créé pour le service médical de la campagne. Plusieurs tentatives ont été faites pour l'y ramener : le premier projet du Gouvernement, présenté par l'honorable M. Lockroy, ne tendait à rien moins. Il portait que l'officier de santé ne pourrait pas exercer dans les chefs-lieux de département ou d'arrondissement ou dans les communes ayant une population supérieure à 10,000 habitants. C'était une sorte de relégation à l'intérieur, que la loi de ventôse n'a pas osé leur appliquer et qui était vraiment outrageante et injuste pour ceux de notre temps. On n'a pas tardé à s'apercevoir qu'on divisait ainsi le pays en deux zones : la zone des officiers de santé et celle des docteurs. On semblait dire : A vous, campagnards, il vous suffira d'avoir des médecins de second ordre, vous êtes des malades de seconde catégorie ; et vous, citadins, vous êtes des malades de première catégorie, on vous donnera des médecins de premier ordre.

M. Frédéric GROUSSET. — La distinction entre les pauvres et les riches !

M. CHEVANDIER. — Il y avait évidemment quelque chose de choquant, d'antidémocratique dans une telle disposition ; on n'a pas hésité, soit pour les raisons que je vous ai données, soit parce que la loi militaire a fait à l'officier de santé une position trop infime, — elle le réduit à l'état de sous-officier, — à renoncer à ce premier projet du Gouvernement. J'ai la satisfaction de dire à la Chambre qu'à l'heure actuelle, après des discussions approfondies et des concessions mutuelles, nous sommes arrivés à une entente à peu près complète. Le Gouvernement accepte la suppression de l'officiat de santé. Ne croyez pas qu'abolir l'officiat de santé, ce soit retirer immédiatement à tous les officiers de santé répandus sur le territoire de la République leurs droits professionnels : personne ne pouvait y songer. Nous allons même plus loin, nous proposons, afin d'arriver plutôt à l'unité si désirable, des dispositions transitoires à la faveur desquelles l'officier de santé pourra plus aisément obtenir le titre de docteur. Nous leur tendons la main, heureux d'accueillir ceux qui auront été jugés dignes du

titre de docteur. Sur ce point, l'accord n'a pu encore s'établir entre le Gouvernement et la commission; mais j'espère que les explications fournies sur les articles 2 et 3 nous permettront de nous entendre. Messieurs, nous avons adopté pour notre projet une forme particulière, afin de lui donner plus de clarté. D'ailleurs nous ne pouvions mieux faire que de prendre pour modèle la loi préparée autrefois par M. de Salvandy et adoptée par la Chambre des pairs. Cette loi était divisée en trois titres; nous avons suivi la même méthode, et si vous comparez les articles du projet du Gouvernement avec ceux de la commission, vous remarquerez qu'il existe une similitude à peu près complète.

D'autres intérêts encore doivent être sauvegardés. Nous sommes obligés de vous demander certaines garanties contre l'établissement des médecins étrangers. La loi du 19 ventôse donne au ministre le droit absolu d'admettre un étranger à exercer la médecine en France. On a dit, pour expliquer cette prérogative, qu'il ne fallait pas fermer le pays aux grands médecins étrangers. C'était là un simple prétexte. Ce n'étaient point ceux-là qui devaient quitter le lieu où leur réputation s'était faite, pour venir s'établir chez nous : ceux qui en profitèrent furent, au contraire, des médecins qui, la plupart du temps, ne pouvaient arriver à se créer une clientèle dans leur pays. Nous avons vu obtenir l'autorisation d'exercer en France des gens qui n'avaient pas même reçu le piplôme qui leur aurait permis d'exercer la médecine dans leur propre pays. Nous avons donc dû prendre quelques précautions contre cette invasion. Nous sommes d'ailleurs à peu près d'accord avec le Gouvernement sur les conditions à imposer aux médecins étrangers qui veulent s'établir en France. (*Bruit de conversations*).

Je comprends très bien, messieurs, que le sujet que je traite en ce moment n'offre pas un intérêt capable de vous passionner. Mais je ne puis pas oublier le caractère particulier que vous avez voulu donner à cette Chambre ; alors que les assemblées précédentes avaient eu une tendance marquée à traiter les grandes questions politiques, vous êtes venus dans cette enceinte avec la ferme résolution de vous occuper d'affaires. Les affaires ne donnent pas souvent lieu à des développements intéressants. leur sujet est un peu aride ; c'est une raison de plus pour moi de solliciter votre indulgence. (*Parlez ! parlez !*) D'ailleurs, je ne veux pas traiter actuellement les questions sur lesquelles on pourra discuter, s'il y a lieu, au fur et à mesure que viendront en discussion les divers articles de la loi. Je termine en vous montrant combien il est nécessaire d'établir quelques dispositions visant l'exercice illégal de la médecine. La loi de l'an XI, par cela même qu'elle n'avait déterminé de maximum ni de minimum à la peine qui serait prononcée contre quiconque exercerait illégalement la médecine, avait établi une sanction absolument fictive. A la douce et insuffisante répression de l'exercice illégal, la magistrature ajoute une mansuétude regrettable. Il était nécessaire de vous proposer des mesures un peu plus sévères : c'est là ce qui forme le titre III de notre projet. Je ne veux pas, messieurs, abuser plus longtemps de vos instants. Je crois qu'il y a là des intérêts si considérables à sauvegarder — intérêts de l'individu, de la famille, de la nation, la santé étant le support nécessaire du travail et du courage — que je méconnaîtrais votre patriotisme en insistant plus longtemps. J'ajoute cependant que les intérêts sociaux sont, dans cette circonstance, solidaires des intérêts du corps médical. Défendre ceux-ci, encourager le médecin dans sa tâche si délicate, si difficile et parfois si ingrate, c'est encore protéger les intérêts de la société. Donner aux médecins quelques prérogatives nouvelles, qui pourront améliorer leur situation, c'est en favoriser le recrutement. Or, le découragement est manifeste. Il résulte des ménagements qu'on a pour ceux qui pratiquent illégalement la médecine, que le médecin est obligé de laisser aux empiriques la médecine rurale. Il n'est que temps, messieurs, de voter résolument une loi protectrice de la santé des citoyens. C'est dans cette conviction que la Chambre, je l'espère, voudra bien voter le passage à la discussion des articles. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demande plus la parole dans la discussion générale ? Je consulte la Chambre sur le passage à la discussion des articles. (La Chambre, consultée, décide qu'elle passe à la discussion des articles.)

Je donne lecture de l'article 1er :

« Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. » — Sur cet article il y a un amendement de MM. Aristide Rey et Ernest Lafont, qui est ainsi conçu : « Substituer à l'article 1er du projet les articles suivants :

« Art. 1er. — Les études médicales ont pour sanction le brevet professionnel de docteur-médecin et le grade universitaire de docteur ès sciences médicales.

« Art. 2. — (Article 1er de la commission.)

« Art. 3. — Pour obtenir le diplôme de docteur-médecin il faut : 1° avoir accompli dans un service hospitalier un stage dont la durée est fixée par les règlements administratifs ; 2° avoir pris seize inscriptions dans un établissement d'enseignement supérieur : Ecole préparatoire, Ecole de plein exercice, Faculté, et y avoir subi les examens dits de fin d'année et les examens de fin d'études. Les examens de fin d'année se passent devant les Facultés ou les Ecoles où sont prises les inscriptions.

« Les examens de fin d'études se passent devant les Facultés. Ceux de ces examens qui peuvent être subis dans les écoles de plein exercice et dans les écoles préparatoires réorganisées, ont lieu devant un jury présidé par un professeur ou un agrégé de Faculté délégué à cet effet.

« Art. 4. — Les conditions pour prendre les inscriptions, le programme des examens de fin d'année, celui des examens de fin d'études, leur nombre et leur mode de passage, sont établis par le ministre de l'instruction publique.

« Art. 5. — Nul ne peut être professeur d'une Faculté, d'une Ecole de plein exercice ou d'une Ecole préparatoire, être chef d'un service d'hôpital ou d'asile ressortissant à un établissement d'enseignement supérieur, s'il n'est pourvu du diplôme professionnel de docteur-médecin et du grade universitaire de docteur ès sciences médicales.

« Art. 6. — Pour obtenir le grade de docteur ès sciences médicales, il faut avoir vingt inscriptions, dont huit prises dans une Faculté, et subir, devant le jury d'une Faculté, des examens dont le nombre et le programme sont arrêtés par le ministre de l'instruction publique, après avis du conseil supérieur de l'instruction publique.

« Art. 7. — Les docteurs en médecine titulaires de chaires ou de services hospitaliers au moment de la promulgation de la présente loi sont considérés comme possesseurs du titre de docteur-médecin et du grade de docteur ès sciences médicales. »

La parole est à M. Aristide Rey.

M. Aristide REY. — Messieurs, la question de la suppression des officiers de santé n'intéresse pas seulement les officiers de santé, elle intéresse aussi les écoles secondaires. Il m'avait paru qu'il y avait à ce sujet une lacune dans la loi, et j'avais déposé un amendement pour essayer de réparer cet oubli. Il y va, en effet, de l'intérêt des études, des élèves, de celui des malades, de celui de la science elle-même et surtout de la vie municipale dans les villes qui ont bénéficié, jusqu'à présent, de l'existence de ces écoles. (*Très bien! très bien!*) Mais M. le ministre a bien voulu me donner toute assurance à cet égard. Il m'a promis de prendre les mesures nécessaires pour permettre aux élèves de faire leurs études, en grande partie du moins, dans les écoles secondaires et pour créer un corps professoral qui assure un enseignement sérieux à ces élèves. Dans ces conditions, je retire mon amendement. (*Très bien! très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré.

M. Léon BOURGEOIS, *ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.* — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le ministre de l'instruction publique.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS. — Messieurs, j'ai demandé la parole pour dire quelques mots en réponse aux observations que vient de présenter l'honorable M. Rey, et pour confirmer à la tribune, — ce qui me semble utile et même nécessaire, — ce que j'ai pu lui dire de mon banc. M. Aristide Rey a bien voulu faire connaître à la Chambre que les intérêts au nom desquels il prenait la parole, et en vue desquels il a présenté son amendement étaient ceux des écoles secondaires de médecine. Je déclare très nettement devant la Chambre que ces intérêts nous avaient paru comme à lui respectables, considérables même, et que nous devons nous-mêmes prendre toutes les mesures nécessaires pour que les écoles secondaires de médecine ne soient pas atteintes par les effets du projet de loi en discussion. (*Très bien ! très bien!*)

Nous avons soumis, certainement vous ne l'ignorez pas, à la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, tout un projet de réorganisation des études préparatoires à la médecine. Le baccalauréat ès sciences restreint a été supprimé ; un baccalauréat spécial dit « des sciences naturelles » doit être organisé. Cet examen sera de nature à procurer une préparation scientifique plus forte et plus efficace aux étudiants en médecine.

Au lieu que les sciences qu'on appelle accessoires, la chimie, la physique, l'histoire naturelle soient enseignées à la Faculté de médecine, en prenant sur le temps consacré aux études véritablement médicales, elles le seraient à la Faculté des sciences. Quatre années seraient par suite consacrées aux études médicales proprement dites, y compris la physique et la chimie médicale, qui, en première année, n'ont aujourd'hui de médical que le nom. Il en résultera ce premier avantage pour les écoles préparatoires : que les jeunes gens devant être appelés à faire une première année d'études scien-

tifiques dans les facultés des sciences qui sont généralement placées à côté des écoles secondaires de médecine...

M. Ricard. — Pas toujours.

M. le ministre. — Sans doute. Mais je puis bien dire que presque toujours, dans les villes qui possèdent une école secondaire de médecine, il y a une faculté des sciences. J'ajoute que dans les localités pourvues d'une école de médecine, mais où ne se rencontre pas une faculté des sciences, nous comptons constituer, à côté, des écoles secondaires, et, dans ces écoles l'enseignement scientifique préparatoire aux études médicales. (*Très bien ! très bien !*) Voilà donc une première mesure qui, pendant toute la première année, retiendra un grand nombre d'étudiants dans le voisinage immédiat des écoles secondaires. En outre, dans l'organisation même de l'enseignement de la scolarité médicale, notre pensée est de développer et d'étendre un des bénéfices qui sont aujourd'hui accordés à certaines catégories d'écoles de médecine.

Nous voulons tout d'abord étendre à toutes les écoles de médecine une mesure qui a été considérée comme très favorable aux écoles de plein exercice : je veux parler du droit pour les écoles dont il s'agit de voir un jury de faculté se transporter auprès d'elles pour y faire passer certains examens (*Très bien! très bien !*), ce qui dispense les élèves de se transporter au chef-lieu de la faculté et de se dépayser. Ce droit appartiendrait désormais à toutes les catégories d'écoles médicales. (*Nouvelle marque d'approbation.*)

M. Isoard. — Très bien ! C'est la séparation du corps examinant d'avec le corps enseignant. Cette mesure aura certainement de très heureusss conséquences.

M. le ministre. — Il est à remarquer en effet qu'une fois partis pour les facultés, les élèves ne reviennent plus à l'école ; eh bien, dorénavant ils seront retenus dans les écoles secondaires pendant tout le temps de leurs études. Voilà un ensemble de mesures qui aurait pour les écoles secondaires des avantages certains, et qui contribuerait, j'en ai la confiance, à maintenir, à accroître leur clientèle. A un autre point de vue, l'honorable M. Aristide Rey m'a demandé de lui donner l'assurance que le recrutement du personnel enseignant se ferait de façon que l'enseignement donné dans ces écoles soit le plus élevé possible.

Cela va de soi. Il n'est pas nécessaire que je lui donne cette assurance, je n'ai aucun engagement à prendre à cet égard; car j'estime qu'il est du devoir du ministre de l'instruction publique de s'efforcer, par tous les moyens, d'élever sans cesse le niveau de l'enseignement dans chacun des établissements dont il a la responsabilité. (*Très bien! très bien !*) Je termine en disant que, d'accord avec M. Aristide Rey et avec M. Langlet, qui s'est fait l'organe autorisé des intérêts et des besoins de l'enseignement secondaire de la médecine, le Gouvernement pense qu'il y a lieu de conserver et de fortifier les écoles secondaires. Elles constituent, suivant nous, des foyers d'études supérieures qu'il serait regrettable de voir affaiblir ou disparaître, et vous pouvez être assurés, messieurs, que le Gouvernement fera tous ses efforts, non seulement pour maintenir à ces foyers leur éclat, mais pour le développer encore, s'il est possible. (*Très bien ! très bien !*) J'allais omettre, messieurs, de dire un mot sur un point qui a été touché dans l'amendement de M. Rey, dont notre honorable collègue n'a pas parlé à la tribune, et qui nécessite, suivant moi, quelques explications, encore qu'il n'ait pas trait directement à la question des écoles secondaires. La partie de l'amendement de M. Rey à laquelle je fais allusion avait pour but la création d'un diplôme scientifique, dit doctorat ès sciences médicales. C'est là une question très intéressante; mais M. Rey a pensé avec nous que le moment n'était peut-être pas très bien choisi pour la traiter, car la loi en discussion touche à l'exercice de la médecine et non pas à l'organisation de l'enseignement de la médecine, ce qui n'est pas la même chose. Notre honorable collègue a pensé que des titres scientifiques pouvaient être nécessaires, non pas pour exercer la profession médicale, mais pour arriver dans les facultés, dans les établissements d'enseignement médical supérieur, à certaines situations élevées.

Puisque l'occasion m'est donnée de m'expliquer à cet égard à la tribune, je dirai que j'ouvrirai volontiers une enquête auprès des Facultés de médecine sur cette question intéressante. Il y a là une idée utile à suivre et si les résultats de cette enquête font apparaitre un mouvement de sympathie en sa faveur, je serai, pour mon compte, très heureux de m'y associer. (*Très bien ! et applaudissements.*)

M. le président. — Je donne de nouveau lecture de l'article 1er: « Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. » M. Isambard a déposé sur cet article un amendement qui est ainsi conçu : « Personne ne peut exercer la médecine en France sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, etc. » La parole est à M. Isambard.

M. Isambard. — J'ai déposé un certain nombre d'amendements au projet de loi sur l'exercice de la médecine. Je prie la Chambre de ne pas s'effrayer de leur nombre ; je serai très bref sur chacun d'eux. D'après le texte de la commission, dont M. le président vient de donner lecture, « nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur... » Je propose de substituer à cette rédaction la suivante : « Personne ne peut exercer la médecine en France sans avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine..., etc. » (*Mouvements divers*).

Le but que je me suis proposé en présentant cet amendement, c'est d'obtenir de la commission la déclaration que le diplôme de docteur en médecine est accessible aux deux sexes... (*Rires.*)

M. Armand Després. — Est-ce qu'il n'y a pas assez de médecins comme cela?

M. Isambard. — ... Si la commission fait cette déclaration, je suis prêt à retirer mon amendement.

M. Saint-Germain. — Le texte de la commission n'établit aucune exception.

M. le Rapporteur. — Je n'ai qu'un mot à dire en réponse à M. Isambard. Il n'est jamais entré dans les intentions de la commission de revenir sur ce qui se pratique actuellement. Aucune loi n'empêche une femme de se faire recevoir docteur en médecine. Toute personne qui, se présentant devant un jury d'examen, fait preuve des connaissances exigées et remplit les conditions déterminées par la loi, a le droit de recevoir le diplôme de docteur en médecine et d'exercer la médecine. Nous n'avons pas à nous inquiéter de savoir si le candidat est un homme ou une femme. Il y a aujourd'hui un courant qui porte un certain nombre de femmes vers l'exercice de la médecine. Nous en sommes fort aises... (*Mouvements divers.*)

M. Armand Després. — A quand les femmes-députés? (*Rires.*)

M. le rapporteur. — Je n'ai pas entendu l'interruption. Je parle au nom de la commission. Notre collègue M. Isambard a donc toute satisfaction. (*Très bien! très bien!*)

M. le président. — La parole est à M. Isambard.

M. Isambard. — La déclaration de M. le rapporteur de la commission me suffit. J'avais présenté mon amendement précisément pour l'obtenir ; en conséquence, je le retire.

M. le président. — L'amendement est retiré. Sur l'article 1er, il y a un autre amendement, présenté par M. Paulin-Méry et qui est ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est né Français. »

M. le rapporteur. — Il y a un article de notre projet qui vise les médecins étrangers. Il me semble que c'est plutôt à propos de cet article que l'amendement de M. Paulin-Méry pourrait venir en discussion.

M. le président. — L'amendement n'est pas appuyé ? (*Non ! non !*) L'article 51 du règlement dispose dans son paragraphe 3: « La Chambre ne délibère sur aucun amendement si, après avoir été développé, il n'est appuyé. » Par conséquent il n'y a pas lieu de mettre aux voix l'amendement de M. Paulin-Méry. (*Assentiment*).

M. le président. — Personne ne demande plus la parole sur l'article 1er?... Je le mets aux voix. L'article 1er, mis aux voix, est adopté.

M. le président. — « Art. 2. — Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. Ils resteront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales. Un règlement d'administration publique en dressera la liste. »

Il y a sur l'article 2 un amendement de notre collègue, M. Isambard, qui est soumis à la prise en considération. M. Isambard a la parole.

M. Isambard. — Messieurs, je propose de rédiger ainsi le premier paragraphe de l'article 2 : « Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, ou reçus dans les conditions déterminées par son article 4, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République. » C'est une simple modification de rédaction, à laquelle je ne tiens pas d'ailleurs. Pour le deuxième paragraphe, je propose de reprendre la disposition de loi de ventose, à laquelle j'ajouterais « les grandes opérations obstétricales » en supprimant les mots « dans les lieux où celui-ci (le docteur) sera établi. » La loi de ventôse n'impose pas à l'officier de santé l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, mais elle le place sous la surveillance et le contrôle d'un docteur en médecine pour les grandes opérations chirurgicales dans les lieux où le docteur en médecine est établi. La commission se sert à tort des mots : « ils resteront soumis à l'obligation de se faire assister, etc. », puisque cette obligation n'existe pas; il faudrait dire : « ils seront soumis... » si l'on admet que le docteur en médecine assistera simplement l'officier de santé. La loi de ventôse allait plus loin puisqu'elle plaçait, je

le répète, l'officier de santé sous la surveillance et le contrôle du docteur en médecine. Je demande qu'on revienne à la loi de ventôse et qu'on ne fasse pas du docteur en médecine un simple aide de l'officier de santé auprès duquel il sera appelé.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, je n'ai qu'un mot à dire, qui donnera peut-être satisfaction à notre honorable collègue. Nous ne faisons pas une seconde loi de ventôse; nous avons pris la disposition de l'article 29 de cette loi, aux termes de laquelle les officiers de santé, lorsqu'ils ont à faire ce qu'on appelle une grande opération, doivent se faire assister par un docteur. Cela revient à dire qu'il serait très imprudent qu'un officier de santé, même à l'heure actuelle, ne se fit pas assister d'un docteur dans un cas grave, à moins qu'il n'y ait urgence. Notre honorable collègue m'avait proposé, au début de la séance, de remplacer le mot « resteront » par le mot « seront ». Il ne s'agit pas, en effet, ici, d'une reproduction textuelle de l'article 29 et dès lors l'expression « resteront » est peut-être impropre; la commission accepte très volontiers de la remplacer par le mot « seront ». (*Très bien! très bien!*)

Quant à savoir qui aura le rôle principal, si ce sera l'officier de santé ou le docteur qui fera la grande opération, c'est une question à résoudre entre confrères; c'est à ceux qui seront là de savoir comment l'opération doit être conduite et par qui elle devra être pratiquée. (*Très bien! très bien! — Aux voix!*)

M. LE PRÉSIDENT. — M. Isambard avait proposé un amendement.

M. ISAMBARD. — Je le retire, monsieur le président. La nouvelle rédaction de la commission me donne satisfaction.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets alors aux voix l'article 2, que la commission propose de rédiger ainsi :

« Art. 2. — Toutefois les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur le territoire de la République. Ils seront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

« Un règlement d'administration publique en dressera la liste. »

(L'article 2 est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 3. — Le diplôme de docteur en médecine sera décerné à tout officier de santé qui, après trois ans d'exercice de sa profession de médecin, aura subi avec succès, devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat, deux examens, dont les programmes seront arrêtés par le conseil supérieur de l'instruction publique, et soutenu une thèse. »

La parole est à M. Isambard, qui a déposé un amendement sur cet article. (*Exclamations.*)

M. ISAMBARD. — Messieurs, mes explications seront fort courtes. Je reprends l'article 12 du projet du Gouvernement qui est ainsi conçu : « Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine. » Au contraire, la commission propose de décerner le diplôme de docteur en médecine à tout officier de santé qui, après trois ans d'exercice de sa profession de médecin, aura subi avec succès deux examens et soutenu une thèse

M. Armand DESPRÉS. — Ce qui est absolument inutile!

M. ISAMBARD. — Je demande pourquoi deux examens, alors qu'on laisse au conseil supérieur le soin de régler les programmes; pourquoi la thèse, qui ne signifie rien; pourquoi exiger des officiers de santé trois ans de pratique, s'ils sont capables au bout de six mois? Dans tous les cas, si mon amendement n'est pas accepté, je demande à la commission de vouloir bien rectifier son texte et dire que le diplôme de docteur en médecine sera « délivré » et non « décerné ». (*Très bien! très bien! sur divers bancs.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, la commission regrette que notre honorable collègue n'ait pas présenté plus tôt ses amendements; ils ont certainement une portée considérable, surtout quand il reprend le projet du Gouvernement. En ce qui concerne la rédaction, nous déclarons accepter volontiers que le mot « délivré » remplace le mot « décerné », à propos du diplôme. Mais voici en quoi le texte de la commission diffère de celui du Gouvernement. Il existe déjà des dispositions transitoires, établies par un décret de 1878, je crois, à la faveur desquelles les officiers de santé peuvent obtenir le grade de docteur; pour cela on exige d'eux qu'ils présentent l'un des deux diplômes exigés de l'aspirant aux études médicales, le diplôme de bachelier ès lettres ou celui de bachelier ès sciences. On veut, pour ainsi dire, les récompenser de l'effort qu'ils ont fait pour se rapprocher le plus possible des conditions ordinairement requises. Mais alors, quand ils sont autorisés à venir devant la Faculté de médecine, après cinq ans d'exercice, on les oblige à passer tous les examens pour le doctorat; c'est-à-dire qu'on ne tient aucun compte de la valeur scientifique de leur diplôme d'officier de santé, en vertu duquel ils ont exercé pendant cinq, six, huit ou dix années. Cela nous paraît excessif.

Nous posons au Gouvernement le dilemme suivant: ou le diplôme d'officier de santé a une valeur ou il n'en a pas; s'il n'en a pas, pourquoi le décernez-vous? s'il en a une — et vous le reconnaissez, puisque vous autorisez, sur la production de ce diplôme, l'exercice de la médecine — pourquoi n'en tenir aucun compte à l'officier de santé qui veut arriver au grade de docteur? Cet officier de santé vous apporte la preuve non seulement qu'il a subi des examens, mais qu'il est en possession de connaissances médicales sérieuses; il vous donne, en outre, une garantie nouvelle, puisque le décret de 1878 veut qu'il ait exercé pendant cinq ans.

Notre honorable collègue disait tout à l'heure qu'il importe peu que l'officier de santé ait exercé pendant cinq ans ou pendant six mois. Je trouve que cela importe beaucoup. J'ai une garantie beaucoup plus grande quand je sais que l'officier de santé a quitté depuis longtemps les bancs de l'école, qu'il est rompu à la pratique, qu'il a soigné beaucoup de malades. *Experientia docet*; l'expérience instruit, surtout ceux qui sont attentifs à tous les cas qui leur sont soumis, et qui oserait dire qu'il en soit autrement?

Je voudrais qu'on pût décerner le titre de docteur aux officiers de santé qui se présenteraient dans les conditions que la commission a établies. Notre but est évident : nous voulons arriver le plus vite possible à réaliser la fusion des médecins dans un seul ordre, le doctorat. Nous dirons, avec la loi nouvelle, aux officiers de santé qui réunissent les conditions requises : Allez devant une Faculté, passez-y au moins deux examens et soutenez-y une thèse, puisque thèse il y a; ce n'est pas nous, commission, qui avons inventé la thèse, et il ne nous appartient pas de dire ce qu'elle vaut ou ce qu'elle ne vaut pas; mais comme pour devenir docteur en médecine il faut soutenir une thèse, soutenez-la comme tous ceux qui veulent obtenir ce titre.

Nous avons eu soin de convoquer l'honorable doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui a une très grande autorité dans les questions de cet ordre, et nous lui avons demandé s'il était disposé à proposer qu'on ne se départisse pas de toute la rigueur déployée à l'égard de ceux qui veulent profiter du décret de 1878 pour obtenir le titre de docteur, c'est-à-dire à imposer aux officiers de santé l'obligation de passer tous les examens pour le doctorat sans exception, ou bien s'il se contenterait, pour tenir compte des connaissances pratiques qu'ils ont pu acquérir, de leur demander deux examens. Nous avons, nous a répondu l'honorable M. Brouardel, l'intention de faire subir à ces officiers de santé quatre examens, c'est-à-dire de les dispenser uniquement du premier, qui porte sur les sciences de la médecine. Cela revenait à dire qu'on ne tiendrait nul compte du premier diplôme. Jamais assurément il ne fut plus sévèrement condamné. Il nous a paru qu'il y avait là quelque chose d'excessif, qu'il était bien difficile d'interroger des praticiens sur ce que l'on apprend sur les bancs de l'Ecole, douze ou quinze ans après les avoir quittés. Je suis convaincu que les docteurs les plus émérites, s'ils étaient appelés demain à passer les examens qu'ils ont autrefois subi avec succès, leur accordât-on même deux ou trois mois pour se préparer, se trouveraient fort embarrassés. Comment voulez-vous exiger que des médecins dont tout le temps est mis au service de leur clientèle, qui disposent de très peu de temps pour s'occuper des questions doctrinales, se remettent à apprendre par le menu toutes les connaissances anatomiques et puissent répondre aux questions comme s'ils sortaient de la salle de dissection? Demandez-leur de la thérapeutique tant que vous voudrez; assurez-vous de leurs connaissances cliniques; puisqu'ils ne sont pas soumis aux examens de médecine légale et que, munis du titre de docteur, ils peuvent être appelés par la justice à faire des levées de cadavres et des autopsies à titre d'experts; mais ne venez pas, je vous en conjure, exiger d'eux des connaissances théoriques qui ne peuvent plus être présentes à leur esprit. (*Aux voix! Aux voix!*)

M. LE PRÉSIDENT. — M. Isambard demande par voie d'amendement que la Chambre substitue l'article 12 du projet du Gouvernement à l'article 3 du projet de la commission.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — M. le ministre a la parole.

M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Messieurs, je désire appuyer d'un mot la proposition de l'honorable M. Isambard, qui reprend, en somme, le projet du Gouvernement. Mais, en l'appuyant, je fais une déclaration qui donnera, je crois, toute satisfaction à la commission. Le projet du Gouvernement disait :

« Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine. » Le projet de la commission a voulu intercaler dans la loi l'énumération des épreuves qui devront être subies. J'aperçois, pour mon compte, des inconvénients à ce que, dans la loi, on indique les conditions dans lesquelles certains examens doivent être passés. *Très bien! Très bien!*)

Ce n'est pas là affaire législative, mais affaire de réglementation. Vous comprenez l'importance de l'objection. Si, par exemple, en ce qui touche la médecine, on avait au moment de la loi de ventôse intercalé les conditions dans lesquelles les examens médicaux devaient être subis, voilà quatre-vingt-dix ans que nous en serions au régime de la loi de ventôse. Je comprends très bien que la commission désire quelques garanties...

M. LE RAPPORTEUR. — Pardon, monsieur le ministre, la loi de ventôse énumère des conditions d'étude.

M. LE MINISTRE. — Oui! mais pas des conditions d'examens. La commission a voulu que le Gouvernement lui donnât surtout la garantie que trois ans d'exercice seraient exigés des officiers de santé qui voudraient avoir le doctorat de médecine, et qu'ils ne seraient pas astreints à la totalité des examens exigés des docteurs. Sur ces deux points le Gouvernement n'a aucune hésitation. Il déclare que le règlement qu'il proposera au conseil supérieur pour l'application de la loi comprendra ces deux conditions. Je crois qu'après la déclaration très nette du Gouvernement la commission peut se rallier à l'amendement de M. Isambard qui est la reproduction de notre ancien texte. (*Très bien! très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de M. Isambard. Il consiste, comme je l'ai dit, à reprendre l'article 12 du projet du Gouvernement.

M. LE RAPPORTEUR. — Après les explications que vient de donner M. le ministre de l'instruction publique, la commission accepte l'amendement, qui est l'article 12 du projet du Gouvernement.

M. LE PRÉSIDENT. — Cet article 12 du projet du Gouvernement deviendrait l'article 3 du projet de la commission. Il est ainsi conçu : « Un réglement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine. »

Je le mets aux voix. (L'article 3, mis aux voix, est adopté.)

« Art. 4. Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur, et obtenir le diplôme d'officier de santé. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 5. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou de dentiste délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. » M. Isambard, par voie d'amendement, demande la suppression de cet article. Je lui donne la parole.

M. ISAMBARD. — Messieurs, je vous demande par mon amendement de supprimer les articles 5 et 6 qui sont relatifs à la profession de dentiste. La profession de dentiste est libre; s'il faut la réglementer, il me semble que ce n'est pas dans une loi organique sur l'exercice de la médecine qu'il faut introduire cette réglementation. L'importance de la profession de dentiste n'est pas comparable, au point de vue social, à celle du médecin. Les intérêts qui existent entre un dentiste et son client sont des intérêts absolument particuliers. D'un autre côté, les motifs qu'on fait valoir pour réglementer la profession de dentiste pourraient être invoqués pour réglementer d'autres professions qui touchent à l'exercice de la médecine.

Au centre. Celles de pédicure, de masseur ! (*On rit.*)

M. ISAMBARD. — Les pédicures, en effet, font la chirurgie du pied comme les dentistes font la chirurgie dentaire.

D'ailleurs, pour être dentiste, il ne faut pas principalement être chirurgien, il n'est pas besoin d'avoir fait de longues études d'anatomie, de physiologie et de pathologie, il faut surtout être mécanicien. On fait de la prothèse dentaire beaucoup plus que des opérations chirurgicales quand on exerce la profession de dentiste.

Pour ces raisons, — et puisque mon amendement n'est soumis qu'à la prise en considération, je ne le développe que sommairement ; — je vous demande de supprimer les articles 5 et 6 de la loi. J'avais demandé, pour le cas où je n'obtiendrais pas la suppression, qu'on remplaçât les mots « établissements d'enseignement supérieur médical de l'Etat » par ceux-ci : « établissements d'enseignement médical de l'Etat. » Les déclarations qui ont été apportées par M. le ministre de l'instruction publique en faveur des écoles secondaires me font abandonner cette partie de mon amendement. Mais, si la profession de dentiste est réglementée par la loi, je demande qu'on remplace le diplôme par un brevet ; il n'est pas nécessaire de donner à un dentiste un diplôme quand un simple brevet peut suffire. (*Très bien ! sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement.*— Messieurs, je vous demande la permission de vous exposer quelles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement a proposé l'article en discussion, qui a été adopté par la commission. La profession de dentiste n'est plus du tout ce qu'elle était il y a vingt ans. La France est restée sur ce point très longtemps en retard

Nous avons été instruits par l'étranger, qui nous a appris ce que devait être la profession de dentiste. Il y a pour l'exercice de cette profession toute une éducation particulière à faire. Elle a été tentée surtout par deux écoles dentaires de Paris qui nous ont montré comment on devait considérer l'enseignement de l'art dentaire. Ce ne sont pas seulement ces tentatives individuelles, mais même les nombreux accidents survenus, qui prouvent combien sont considérables les transformations subies par l'art dentaire. Il n'y a presque plus de dentiste, je ne dirai pas dans les toutes petites villes, mais dans les villes de 5,000 à 10,000 habitants, qui ne chloroformise ou ne se serve de la cocaine ainsi que de l'arsenic pour bourrer les dents ; qui, en un mot, ne manipule des substances qui peuvent donner la mort. Pour ma part, j'ai été mêlé à nombre d'expertises à propos d'accidents consécutifs à l'emploi du chloroforme par des personnes qui n'avaient aucun droit de s'en servir. Il y a quelques jours encore, un de mes élèves, M Richardière, citait 60 accidents survenus à la suite d'injections de cocaine faites par des dentistes. Il y a eu des accidents mortels, d'autres très graves se sont produits ; certaines personnes ont été malades et un avocat, très connu au palais, a passé trois mois sans pouvoir se livrer à aucun travail. Quand une profession a pris d'aussi grands développements et qu'elle manie des substances aussi dangereuses, il serait imprudent de la laisser aux mains du premier venu. (*Marques d'assentiment.*)

Pour ma part, je pourrais citer le cas de ce dentiste qui, à sa mort a eu son domestique pour successeur. (*On rit.*) Il est évident que les conditions d'exercice de cette profession se sont modifiées ; il faut donc que les conditions d'instruction le soient également. Je demande à la Chambre de maintenir le brevet, car je ne vois pas de difficulté à appeler brevet ce diplôme particulier. Il y a là une organisation très simple à constituer et à organiser : nous en avons les éléments dans les écoles libres dentaires ; je crois qu'il serait sage de continuer et de prendre exemple sur l'initiative privée. (*Applaudissements.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Isambard. (*Exclamations.*)

M. ISAMBARD. — Messieurs, je n'en ai pas pour longtemps. On invoque, pour réglementer la profession de dentiste, l'anesthésie ; or, par le projet de la commission, on interdit aux dentistes le droit de pratiquer l'anesthésie sans l'assistance d'un docteur en médecine.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Ceux qui auront obtenu le brevet pourront anesthésier, d'après le projet du Gouvernement.

M. ISAMBARD. — Mais c'est le projet de la commission qui est en discussion !

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Nous maintenons le projet du Gouvernement.

M. ISAMBARD. — Il faudrait cependant se mettre d'accord. On réglemente la profession de dentiste, on donne un diplôme aux dentistes, et on leur refuse le droit de pratiquer l'anesthésie ! J'accepte qu'on réglemente la profession de dentiste, bien qu'à mon avis on ne doive pas le faire dans une loi sur la médecine. Dans tous les cas, s'il faut la présence d'un docteur en médecine pour qu'un dentiste puisse pratiquer l'anesthésie, on fait de la suppression de la douleur le privilège de ceux qui sont favorisés par la fortune, puisque ceux qui n'auront pas la bourse assez garnie pour se payer le luxe de la présence d'un médecin devront souffrir quand on leur fera des opérations dentaires. Ce n'est pas tout à fait démocratique. (*Bruit.*)

M. LE PRÉSIDENT. — Il n'y a, messieurs, en discussion, que l'article 5. Tout à l'heure la discussion s'établira sur l'article 6, qui règle les conditions dans lesquelles devra s'exercer la profession de dentiste. M. Isambard demande la suppression de l'article 5. Je mets aux voix cet amendement. (L'amendement, mis aux voix, n'est pas adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — Subsidiairement, M. Isambard propose, l'article étant maintenu, de mettre « brevet » de dentiste au lieu de « diplôme ».

Un membre à gauche. — Pourquoi cette substitution ?

M. ISAMBARD. — Parce que le diplôme est un titre universitaire et que les docteurs en médecine sont bacheliers.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'amendement de M. Isambard.

M. DELLESTABLE. — La commission accepte l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement de M. Isambard étant accepté par la commission, voici comment serait rédigé l'article 5 : « L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'un brevet de dentiste, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établis-

sement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. » Je mets aux voix l'article 5 ainsi rédigé. (L'article 5 ainsi rédigé, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste, quelle que soit sa nationalité, justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi. En aucun cas, les dentistes n'auront, à l'avenir, le droit de pratiquer l'anesthésie générale ou locale sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'ils ne soient en possession de ce titre. » M. le commissaire du Gouvernement demande la parole sur cet article.

M. LE RAPPORTEUR. — Je ferai observer que la commission a supprimé le mot « locale. »

M. LE PRÉSIDENT. — Cette suppression n'est pas faite sur le texte qui a été remis à la présidence.

M. LE RAPPORTEUR. — C'est précisément pour cela que je tenais à faire cette observation.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Voici la différence entre les deux rédactions. Elle est très simple. Dans son projet, le Gouvernement demandait que les dentistes qui exercent actuellement et qui n'ont reçu aucune éducation particulière, soit pour pratiquer l'anesthésie générale, soit pour faire des injections de cocaïne ou d'autres poisons dans les gencives, que ceux, dis-je, qui exercent actuellement ne puissent pas se livrer à cette pratique sans être assistés d'un médecin ou que cela leur soit défendu. Mais le Gouvernement pense qu'il y a avantage à ce que, lorsque les dentistes auront reçu cette éducation spéciale qui se terminera, par l'obtention d'un brevet, ils puissent accomplir tous les actes de leur profession sans surveillance. Il nous paraît difficile de le leur interdire, puisque nous avons demandé qu'on leur donne l'instruction qui les mette à même d'exercer seuls. (*Très bien! très bien!*)

C'est pourquoi le premier paragraphe de l'article que le Gouvernement avait proposé est identique à celui de la commission; mais le second paragraphe est ainsi conçu : « Cette tolérance ne donne en aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent le droit de pratiquer l'anesthésie », c'est-à-dire que ce droit ne sera pas reconnu à ceux qui continueront à exercer parce qu'ils sont actuellement en possession du titre de dentiste. (*Très bien! très bien!*)

M. LE RAPPORTEUR. Je n'ai, messieurs, qu'une simple observation à présenter. Nous sommes d'accord sur la rédaction du premier paragraphe de l'article 6. La seule différence qui existe entre le projet du Gouvernement et la proposition de la commission porte sur la suppression, que cette dernière a proposée, au dernier moment, des catégories parmi les dentistes qui vont être soumis à la loi actuelle. Puisque l'article précédent a été voté, nous voudrions qu'on ne descendît pas dans les espèces et que la loi fût la même pour les dentistes d'hier et pour ceux de demain, et que l'on concédât aux uns et aux autres les mêmes droits. J'estime qu'il y a des inconvénients assez sérieux à les traiter différemment. La loi atteindra demain des dentistes jouissant d'une grande réputation. Par ce fait seul qu'ils se refuseront à se présenter devant une commission d'examen, malgré l'expérience qu'ils ont acquise depuis plusieurs années, ils seront privés du droit de pratiquer l'anesthésie, locale ou générale, sans l'assistance d'un docteur, alors que de jeunes dentistes inexpérimentés auront ce droit qui leur donnera un avantage sur leurs confrères.

Je crains que ce ne soit abusif. Les clients qui iront chez le dentiste voudront profiter autant que possible de cette heureuse découverte de l'anesthésie : ce n'est pas une chose agréable que de se faire arracher une dent, c'est même quelquefois très douloureux.

M. JUMEL. — Guérissez, n'arrachez pas! (*On rit.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Si, pour avoir le bénéfice de l'anesthésie, il faut à la fois payer d'abord le dentiste qui fait l'extraction de la dent, puis payer le docteur qui viendra assister l'opérateur, afin que nul danger ne puisse résulter de l'anesthésie, je crois que beaucoup de gens hésiteront avant d'aller chez le dentiste; vous ferez de l'anesthésie une prérogative pour les riches, et vous condamnerez les pauvres à la douleur. Cela est peu démocratique. Eh bien! nous voulons qu'on fasse à tous ceux qui souffrent les mêmes conditions qu'ils aillent chez un dentiste d'hier ou chez un dentiste de demain. Nous réclamons donc que tous les dentistes puissent pratiquer l'anesthésie locale.

M. LE PRÉSIDENT. — Je reçois un amendement nouveau sur le même article, signé de MM. Déroulède, Paulin-Méry et Castelin. Il est ainsi conçu : Au lieu de dire « quelle que soit sa nationalité », dire : de nationalité française ».

La parole est à M. Déroulède.

M. Paul DÉROULÈDE. — Messieurs, me rangeant à l'opinion tout à l'heure émise par le savant Dr Brouardel qui vous a dit que la place de Paris est inondée de dentistes étrangers, je pense que la faveur ou la tolérance que vous accordez aux praticiens non munis de diplôme ne doit pas s'étendre à ceux d'entre eux qui ne sont pas de nationalité française.

J'ajoute que puisque, selon le docteur Brouardel, notre école dentaire nous a déjà fourni de nombreux dentistes, le fait de retirer aux étrangers la tolérance dont il est parlé dans le projet favorisera ces jeunes débutants. Je demande donc que nous mettions dans le texte de la loi, à la place de ces mots « quelle que soit leur nationalité », les mots suivants : « de nationalité française ». Et dans cette petite question, comme dans les plus importantes, j'invoquerai le vieil adage naguère encore répété au quartier Latin : « *Gallia Gallorum sit* », ce qui dans le cas présent pourrait très bien se traduire par cette formule : Soyons Français jusqu'aux dents! (*Très bien! et rires sur plusieurs bancs*).

M. LE RAPPORTEUR. — Cette proposition viendra quand la Chambre discutera l'article qui concerne les médecins étrangers.

M. PAUL DÉROULÈDE. — Ce n'est pas la même chose que le diplôme, M. le Rapporteur ; cela n'a aucun rapport. La disposition transitoire ne s'appliquerait qu'aux dentistes français ; voilà ce que je propose.

M. LE PRÉSIDENT. — La Chambre se trouve en présence de deux textes : celui du Gouvernement et celui de la Commission. Dans le texte du Gouvernement, l'amendement de M. Déroulède ne trouve point place, attendu qu'il n'y est pas fait allusion à la nationalité du dentiste.

M. PAUL DÉROULÈDE. — L'amendement peut s'appliquer aussi bien au cas où la nationalité est passée sous silence que dans le cas où il est spécifié : « quelle que soit sa nationalité ».

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — La Chambre veut-elle me permettre de lui faire remarquer que toutes les dispositions concernant les étrangers se trouvent insérées dans les articles suivants? Par conséquent, si on veut introduire cet amendement, il trouvera mieux sa place au moment où l'on discutera les articles 7 et 8, concernant les élèves docteurs ou dentistes étrangers. (*Assentiment*).

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Je tiens à indiquer la portée de l'amendement de M. Déroulède. M. Déroulède, par un seul mot, vient de me faire comprendre quel serait le sort réservé par son amendement aux dentistes étrangers : Ils retourneront dans leur pays, dit-il. Or, il y a en France des dentistes étrangers qui ont une clientèle importante et qui devront l'abandonner. Il me suffit de vous signaler cette conséquence pour vous faire voir l'injustice qu'entraînerait l'adoption de l'amendement de M. Déroulède. (*Très bien! — Aux voix!*)

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement de M. Déroulède ne peut être soumis qu'à la prise en considération, ayant été déposé au cours de la discussion. Je consulte la Chambre. (La Chambre, consultée, ne prend pas l'amendement en considération).

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets donc aux voix le texte de la commission, qui constitue un amendement au projet du Gouvernement. (*Interruptions*).

M. Edouard LOCKROY. — C'est le projet du Gouvernement qui vient comme amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Mais non! Le Gouvernement maintenant son projet, c'est le texte de la commission qui est l'amendement.

M. LE RAPPORTEUR. — La commission et le Gouvernement sont d'accord sur le paragraphe 1er.

L'honorable M. Brouardel accepte une année d'exercice, au lieu de deux.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne lecture du premier paragraphe de l'article 6 de la commission, accepté par le Gouvernement : « Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi. » Je mets ce paragraphe aux voix. (Le paragraphe 1er, mis aux voix, est adopté).

M. LE PRÉSIDENT. — Nous passons au second paragraphe.

M. HENRI BRISSON. — Quelle différence y a-t-il entre ces deux textes, M. le Président?

M. LE PRÉSIDENT. — Voici le texte du Gouvernement : « Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie ». Et voici celui de la commission : « En aucun cas, les dentistes n'auront à l'avenir le droit de pratiquer l'anesthésie générale ou locale sans l'assistance d'un docteur en médecine, à moins qu'ils ne soient en possession de ce titre. »

M. HENRI BRISSON. — Si je comprends bien la différence entre les deux textes, les dentistes qui auront une année d'exercice au moment de la promulgation de la loi pourront pratiquer tout au moins sans le concours d'un docteur l'anesthésie locale, tandis que le Gouvernement ne leur accorde en aucun cas le droit de prati-

quer seuls l'anesthésie soit locale, soit générale. C'est bien là le texte de la commission? (*Marques d'assentiment sur divers bancs*).

La Chambre comprend donc bien quelle différence colossale, si j'ose dire, il y a entre le texte de la commission et le texte du Gouvernement et quelle atteinte on portera à la situation des dentistes actuellement établis si l'on adopte le texte du Gouvernement. On peut le faire, mais que ce soit en appréciant bien la portée de cet acte. (*Très bien! très bien!*)

M. VIGER. — L'anesthésie locale est aussi dangereuse que l'anesthésie générale. (*Dénégations*).

M. Henri BRISSON. — Je ne me prononce pas sur ce point, je n'ai aucune compétence; je tenais seulement à faire ressortir la différence des textes.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Messieurs, je vous demande pardon de revenir sur ce point, mais il est évident qu'il y a confusion. Le Gouvernement et la commission se sont mis d'accord pour demander qu'à l'avenir les dentistes reçoivent une instruction plus grande, parce qu'il y a danger à laisser l'art de la dentisterie dans les conditions où il s'exerce actuellement et qu'il faut lui imposer des garanties nouvelles. C'est pour cela que nous avons demandé qu'on exigeât désormais des dentistes des connaissances spéciales. Pour ceux qui l'auront reçue, le Gouvernement leur reconnait le droit d'exercer leur profession en toute liberté, puisqu'ils offriront les garanties nécessaires; la commission, au contraire, leur interdit de pratiquer l'anesthésie; on ne comprend plus pourquoi elle exige d'eux une instruction plus complète. Tel est le motif pour lequel le Gouvernement n'accepte pas le texte de la commission. Quant au second point, nous avons terminé notre article en disant :

Pour ceux qui exercent actuellement l'art de la dentisterie, ils pourront continuer à exercer, mais ils ne pourront pas pratiquer l'anesthésie, — soit générale, soit locale, nous n'avons pas fait de distinction — sans l'assistance d'un docteur.

Un membre à gauche. Il est impossible de trancher de cette façon une question aussi grave.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. Je n'ai plus qu'un mot à dire. Je peux vous affirmer que, bien que la cocaïne ne soit pas employée depuis fort longtemps, il s'est produit à Paris, à Lille et dans d'autres villes, un grand nombre d'accidents, dont quelques-uns mortels, à la suite d'injections de cocaïne. Le Gouvernement maintient donc sa rédaction et il demande à la Chambre de vouloir bien l'adopter. (*Très bien! très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. Le Gouvernement maintenant son texte, celui de la commission est donc un amendement.

Voix diverses. Mais non! mais non!

M. DUCOUDRAY. Ce qu'on discute, c'est le projet de la commission. C'est par conséquent le projet du Gouvernement qui est l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, les précédents et la théorie du droit parlementaire justifient la procédure que j'ai l'honneur de vous proposer : « L'interdiction de reprendre à titre d'amendement un projet dans lequel le Gouvernement persiste est la conséquence naturelle du principe qui veut que le projet du Gouvernement soit mis en délibération le dernier. S'il était permis de reprendre à titre d'amendement un projet maintenu par le Gouvernement, ce projet aurait nécessairement la priorité; par suite, il suffirait que le Gouvernement s'entendît avec quelques membres pour pouvoir toujours faire donner la priorité à ses projets sur ceux de la commission ou même sur les amendements individuels. Voilà la doctrine qui a toujours été mise en pratique; elle est parfaitement juste et rationnel.

Historiquement et logiquement, il en doit être ainsi. Le projet le plus ancien est celui du Gouvernement. (*Réclamations sur un grand nombre de bancs.*) *Au banc de la commission*. Il y a des propositions antérieures émanées de l'initiative parlementaire.

M. LE PRÉSIDENT. — La Chambre est d'un autre avis... (*Oui! Oui!*) Je maintiens que la théorie et les précédents sont d'accord pour donner la priorité au texte de la commission. Mais, puisqu'on insiste, je vais, par dérogation à l'usage et sans que [cela puisse constituer un précédent, mettre aux voix le texte du Gouvernement. D'ailleurs, dans le cas présent, après les explications échangées entre l'honorable M. Brisson et M. le commissaire du Gouvernement, chacun pourra voter en pleine connaissance de cause. Il y a une demande de scrutin. Elle est signée de MM. Félix Mathé, Bérard, Mauriee-Faure, Jules Lasbaysses, Germain, Guzot-Dessaigne, Labrousse, Dellestable, Louis Jourdan, Maigne, Jacquemart, Bovier-Lapierre, Valentin Abeille, Million, G. Rivet, Rathier, Merlou, René Laffon, Ducoudray, etc. Le scrutin est ouvert. (Les votes sont recueillis. — MM. les secrétaires en font le dépouillement.)

M. LE PRÉSIDENT. — Voici le résultat du dépouillement du scrutin :

Nombre des votants.	498
Majorité absolue.	250
Pour l'adoption.	385
Contre.	113

La Chambre des députés a adopté. Je mets aux voix l'ensemble de l'article 6. (L'ensemble de l'article 6, mis aux voix, est adopté.)

Voix nombreuses. — A jeudi! à jeudi!

M. LE PRÉSIDENT. — J'entends demander le renvoi de la suite de la discussion à jeudi. (*Oui! Oui!*) Il n'y a pas d'opposition? La suite de la discussion est renvoyée à jeudi. (*A suivre*).

VARIA

Les fêtes universitaires de Gand.

Des fêtes universitaires ont eu lieu cette semaine à Gand. Lundi dernier, après un lunch où les étudiants de tous les pays ont cordialement fraternisé, le congrès a ouvert ses séances au milieu d'une affluence considérable. Après une discussion sur des sujets d'ordre politique, M. Franck (de Bruxelles), qui fut le défenseur de Mlle Popelin, la femme-avocat dont le procès donna lieu à tant de controverses, plaide de nouveau la cause des femmes avec un réel talent. D'autres questions particulières à la Belgique sont ensuite discutées et résolues.

Les étudiants français, pendant toute la discussion des questions nationales, se sont scrupuleusement renfermés dans une stricte neutralité. Mais quand on a abordé la partie du programme qui visait les moyens de resserrer la solidarité universitaire, l'un d'eux a pris la parole, a remercié les étudiants de Gand de l'accueil si cordial qu'ils ont fait aux représentants de la France; il a terminé en proposant au Congrès de voter le vœu suivant: « Le Congrès d'étudiants réuni à Gand émet le vœu qu'un comité international unisse les fédérations et sociétés d'étudiants dans un but libéral et fraternel. » Ce vœu est acclamé avec enthousiasme. Après avoir décidé en principe l'organisation d'une fédération des étudiants libéraux belges, le congrès se sépare. L'ordre n'a pas été troublé un seul instant pendant cette séance de cinq heures.

Un banquet a eu lieu le soir. Une vingtaine de professeurs avaient pris place à la table d'honneur; au dessert, après un toast fort applaudi du président, M. Poirier, aux professeurs de l'Université, M. Callier, prorecteur, échevin de Gand, a pris la parole et a prononcé un magistral discours. Les étudiants étrangers avaient choisi, pour parler en leur nom, le délégué de Nancy, qui a remercié les étudiants belges dans un discours ému qui a été fort applaudi. — Dans notre prochain numéro, nous donnerons des détails complémentaires sur ces fêtes.

Congrès Français de Chirurgie.

5e SESSION 1891 — DU 30 MARS AU 4 AVRIL INCLUSIVEMENT.

Le Congrès se réunira à Paris dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Guyon. — La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars à 2 heures.

Communications annoncées au 1er mars (1).

Question à l'ordre du jour. — PREMIÈRE QUESTION : *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).* MM. les Drs P. RECLUS, de Paris; BAZY, de Paris; E. DOYEN, de Reims; VASLIN, d'Angers; JEANNEL, de Toulouse; Pr OLLIER, de Lyon; Dr PICQUÉ, de Paris; Victor HORSLEY, de Lyon. — DEUXIÈME QUESTION : *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.* MM. les Drs P. RECLUS, de Paris; P. SEGOND, de Paris; BAZY, de Paris; Gustave RICHELOT, de Paris; E. DOYEN, de Reims; JEANNEL, de Toulouse; BOUILLY, de Paris; POZZI, de Paris; JACOBS, de Bruxelles; SPENCER WELLS, de Londres; LAWSON TAIT, de Birmingham. — TROISIÈME QUESTION : *Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.* MM. les Drs BAZY, de Paris; E. DOYEN, de Reims; P. RECLUS, de Paris; Pr VERNEUIL, de Paris.

Questions diverses. — Dr Jules BOECKEL, de Strasbourg. *Considérations sur la résection du genou, d'après 80 observations personnelles.* — Dr E.-J. MOURE, de Bordeaux. *De la thyrotomie dans le cancer du larynx.* — Dr HEYDENREICH, de Nancy. *De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne pratiquée pour ablation d'une tumeur vésicale.* — Dr P.

(1) Prière d'adresser au plus tôt les titres des communications à M. le Dr POZZI, secrétaire général, librairie F. Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

RECLUS, de Paris. *Traitement des suppurations pelviennes.* — Pr THIRIAR, de Bruxelles. *Un cas de laparo-entérotomie pour obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal.* Dr E. DOYEN, de Reims. 1° *L'actinomycose de l'homme*; 2° *L'asepsie en chirurgie.* — Dr J. TOISON, de Douai. *De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique* (procédé Wagner et procédé personnel de l'auteur). — Dr LAVAUX, de Paris. *Pathogénie et traitement préventif de la fièvre urineuse.* — Dr MONPROFIT, d'Angers. *Laparotomie pour occlusion intestinal. Guérison.* — Dr VASLIN, d'Angers. *Opérations qui se pratiquent sur le squelette du pied, pour la réduction du pied bot varus équin congénital chez l'adulte.* — Dr POZZI, de Paris. *Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.* — Dr PICQUÉ, de Paris. *Indications de la cholécystotomie.* — Dr Léon MONTAZ, de Grenoble. 1° *Sur les anévrysmes fessiers*; 2° *Contribution à la pathologie de l'os intermaxillaire.* — Dr A. BERTHOMIER, de Moulins. *Ostéomyélite des côtes*; — *interprétation des signes sthétoscopiques.* — Dr A. BROCA, de Paris. *Sur les variétés de la cure radicale de la hernie inguinale.* — Dr P. SEGOND. *Kyste séreux de la face postérieure de la vessie, extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale.* — Dr TUFFIER, de Paris. 1° *Des résultats éloignés de la néphropexie pour rein mobile*; 2° *De l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical.* — Dr POIRIER, de Paris. *Exstrophie de la vessie*; etc., etc.

NOUVELLES

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.—M. Gaston BONNIER, professeur à la Sorbonne a commencé son cours le mercredi 18 mars, à dix heures et demie, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les vendredis et mercredis, à la même heure. Il traitera « *des principaux groupes de végétaux de la Flore européenne.*

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en chirurgie.* — Les membres du jury de ce concours sont définitivement MM. Nélaton, P. Segond, Lefort, Horteloup, Després et Comby.

Concours du Bureau central en médecine. — Les candidats dont les noms suivent sont seuls appelés à subir la 2e épreuve du concours : MM. Achard, Beclère, Bourcy, Capitan, Dalché, Dade Gennes, Delpeuch, Despréaux, Duplaix, Gouchas, G. de la Tourette, Gireaudeau, Girode, Havage, Klippel, Laffite, Lebreton, Legendre, Larmoyez, Lesage, Marfon, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Ribail, Robert, Thoinot, Tissier, Widal.

HOPITAL NECKER. — *Installation d'une salle d'opérations.* — Dans sa séance du mercredi 18 mars, le Conseil municipal vient d'adopter les conclusions d'un rapport relatif à l'installation à l'Hôpital Necker d'une nouvelle salle pour les opérations urgentes, dans la limite d'une dépense de 4.086 fr.

HOPITAUX DE LYON. — M. le docteur ROQUES est nommé, après concours, médecin des hôpitaux.

MAISON DE SANTÉ SAINT-LAZARE. — *Concours d'internat.* — Le nombre des internes de l'infirmerie spéciale de la maison de Saint-Lazare est porté de 3 à 6, par arrêté du ministre de l'intérieur. — Un concours pour 6 places d'interne aura lieu le 19 mai 1891, à l'infirmerie.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT. — Le Banquet des internes en médecine des Hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 4 avril, à sept heures, dans les salons du restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, près du Gymnase, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation (20 fr. pour les anciens internes, 16 fr. pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou adressé directement au docteur Emile Tillot, 42, rue Fontaine-Saint-Georges.

LE CHOLÉRA EN ABYSSINIE. —Le Comité consulatif d'hygiène s'est réuni lundi dernier au ministère de l'intérieur. Au début de la séance le président a lu les dépêches annonçant une épidémie de choléra qui sévit en ce moment à Massaouah et dans toute l'Abyssinie. M. le Dr Proust a lu ensuite un rapport sur le choléra dans la mer Bouge.

MISSION SCIENTIFIQUE. — *Exposition.* — M. le Dr Louis CATAT, l'explorateur connu de l'île de Madagascar, a organisé au laboratoire d'anthropologie, 61, rue de Buffon, une exposition des objets qu'il a rapporté, avec MM. Maistre et Foucart, de son exploration des deux années. Cette intéressante exposition sera ouverte du 23 mars au 9 avril 1891, de 1 à 4 heures. Ajoutons que la Société de Géographie recevra lundi prochain en séance extraordinaire, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, les trois explorateurs de Madagascar.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Isolement des scarlatineux.* — Par un jugement rendu en Angleterre, une personne qui a reconnu avoir laissé séjourner dans un lieu public un enfant atteint de la scarlatine et par conséquent susceptible de contaminer de nombreuses personnes a été condamnée à une amende. Il est assurément difficile de dire exactement quelles sont les choses permises aux personnes atteintes d'une maladie infectieuse, ou à celles qui les soignent ; mais la fréquentation de lieux publics doit certainement leur être interdite (*Rev. scient.*).

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le docteur Despagnel est nommé médecin oculiste du collège Rollin.

NÉCROLOGIE. — A Versailles, où il était venu passer l'hiver, est mort un des plus honorables enfants de Metz, le Dr JACQUIN. Né en 1805, M. Jacquin entra dans l'armée comme médecin militaire en 1824, fit les campagnes d'Afrique et de Belgique et démissionna en 1836. Au moment de la guerre franco-allemande il exerçait la médecine dans la ville de Metz. Il offrit aussitôt ses services au général commandant l'armée du Rhin, fut chargé de la direction d'une des plus importantes ambulances installées dans Metz, et décoré de la Légion d'honneur, le 12 octobre 1870, en récompense de son dévouement aux blessés de l'armée. Après la capitulation de Metz, il fut attaché à l'ambulance internationale belge de Sainte-Chrétienne et rapatria un grand nombre de nos soldats, au cours de l'année 1871. En récompense de ces nouveaux services, il fut fait chevalier de l'ordre de Léopold II de Belgique. Après l'annexion du pays messin, le Dr Jacquin resta un des protestataires dignes et résolus de la cité messine. Avec une fermeté inébranlable et une corection parfaite il lutta contre les mesures vexatoires du vainqueur, défendant à la fois son droit et celui de ses concitoyens. Dans cette lutte inégale qui lui valut plus d'une persécution, il sacrifia toujours ses intérêts matériels, qui étaient très importants, à sa foi patriotique. — M. DUPONT, pharmacien de 1re classe à Amiens, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris, fondateur de la Société linnéenne du Nord de la France, membre de la Société d'horticulture de Picardie, membre de l'Académie d'Amiens ; du Conseil central d'hygiène de la Somme, du Conseil de salubrité d'Amiens, de la Société médicale d'Amiens, pharmacien en chef des hôpitaux de cette ville. — M. le Le Dr LESTOURGEON (de Cambridge). — M. MORRIS TONGUÉ (Harrow, Angleterre).

BONNE OCCASION. — Un de nos abonnés quittant la France pour s'établir à l'étranger, céderait au prix net de 50 francs la deuxième série du *Progrès médical* (1885-1890) formant 10 volumes en très bon état. — S'adresser au bureau du Journal.

VENDÉE. —Poste médical vacant excellent avec la pharmacie.

Clientèle aux portes de Paris, banlieue Sud-Ouest à céder d'urgence. (S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 13. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 28 MARS 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

Asile Clinique (Sainte-Anne). — **M. MAGNAN.**

Diagnostic (*suite*). Délire systématisé chez les dégénérés.

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs JOURNIAC et SÉRIEUX, médecins adjoints des Asiles d'aliénés (1).

ONZIÈME LEÇON

Sommaire. — Apparition possible du délire systématisé dès le jeune âge : sa persistance sans transformation.

Observation XXVII. — Délire ambitieux systématique, unique, fixe, installé dès l'enfance, sans tendance évolutive. Persécutée-persécutrice.

Observation XXVIII. — Dégénérescence mentale. Délire ambitieux systématisé. Hallucinations. Idées de persécution.

Observation XXIX. — Délire hypochondriaque fixe, bouffées ambitieuses, phases mélancoliques.

Observation XXX. — Alcoolisme chronique. Accès subaigu. Délire de persécution à systématisation rapide.

Dès le début de ces leçons sur le délire chronique, nous avons attiré votre attention sur deux particularités très dignes d'intérêt, à savoir : d'une part, l'apparition du délire chronique à l'âge adulte, et, d'autre part, son développement chez des sujets jusque-là indemnes de troubles psychopathiques. Chez les dégénérés, au contraire, et ce sont là des distinctions qui établissent entre eux et les malades du groupe précédent une ligne de démarcation très tranchée, le délire a, longtemps avant son éclosion, été précédé par des anomalies du caractère, des phénomènes émotifs, des lacunes intellectuelles et morales, parfois même des obsessions et des impulsions qui, dès le jeune âge, ont révélé leur déséquilibration mentale et fait pressentir l'apparition de troubles psychiques plus éclatants. Enfin, le délire lui-même se montre quelquefois d'une façon précoce : qu'il s'agisse d'une conception délirante à caractère ambitieux ou de toute autre forme, elle peut éclater dès l'enfance, à l'âge de 10 ou 12 ans, dénonçant ainsi, d'une manière indéniable, la dégénérescence héréditaire. Ces idées délirantes s'imposent à l'esprit du malade, restent les mêmes pendant une grande partie de l'existence et toujours sans aucune transformation, ce qui les sépare entièrement du délire chronique à évolution progressive. Ce sont là des idées obsédantes analogues aux obsessions ou aux impulsions qui s'installent de toutes pièces : car si parfois le malade paraît les avoir créées à la suite d'un raisonnement plus ou moins plausible, le plus souvent elles se sont installées sans préparation aucune, sans hallucinations, sans interprétations délirantes d'aucune sorte. Tel est le malade qui a fait l'objet d'une communication de M. Ball à la Société médico-psychologique : chez cet individu, qui prétendait devoir être pape, le délire ambitieux remontait à l'âge de huit ans. Tel est encore le cas d'une malade dont nous allons parler plus loin et chez laquelle un délire systématique ambitieux s'est installé dès l'enfance, indépendamment de troubles sensoriels. Sa conviction délirante a provoqué des réactions telles que la malade est devenue une véritable persécutée-persécutrice. Elle se range donc à la fois, et dans ce dernier groupe que nous connaissons déjà, et parmi les dégénérés à délire systématisé dont nous nous occupons.

Pour le délire de persécution, il en est de même ; les idées délirantes se développent sans incubation préalable et telles elles naissent, telles elles restent, jusqu'à leur disparition sans aucun changement. De sorte qu'ici encore, dans les cas difficiles, ce n'est que temporairement que l'héréditaire dégénéré peut être confondu avec le délirant chronique. Examinons les malades :

Dans l'observation suivante, nous verrons une femme chez laquelle, dès l'enfance, s'est montré un délire ambitieux systématisé fixe, unique, sans aucune tendance évolutive. Persuadée que ceux dont elle porte le nom ne sont point ses parents et ont fait périr son père, entretenue dans sa conviction par d'incessantes interprétations délirantes, elle a réagi comme les persécutés-persécuteurs, sans délire systématisé, dont nous avons précédemment parlé. A 19 ans, elle écrit une lettre au Procureur de la République. A 25 ans elle accuse son père de vol. Durant toute son existence, elle n'a cessé de poursuivre ses parents de sa haine, de les dénoncer à la justice : nombreuses lettres aux autorités, aux journaux ; elle suit sa mère dans la rue et finit, exaspérée, par tirer un coup de revolver sur son père pour attirer l'attention de la justice. Son délire repose tout entier, non sur des hallucinations, mais sur des faits mal interprétés par l'imagination maladive d'une jeune prédisposée ; les conceptions délirantes, installées sans contrôle, se sont profondément imprimées dans l'esprit de la malade, elles ont acquis une fixité inébranlable et ont été fortifiées chaque jour par des arguments nouveaux.

Obs. XXVII. — B..., Marie, femme H..., âgée de 36 ans, vient de Saint-Lazare où elle a fait deux mois de prévention pour avoir tiré un coup de revolver sur son père. De taille moyenne, grasse, anémique, la malade ne présente pas de stigmates physiques de dégénérescence.

Son père, d'un caractère maussade, mélancolique, a fait depuis longtemps des abus de boissons. Paresseux et brutal, il battait sa femme pendant qu'elle était enceinte de la malade et se faisait entretenir par elle.

Un oncle paternel a eu trois enfants, dont une fille débauchée et un fils buveur. Grand'mère paternelle alcoolique, prostituée ; chantait dans les cabarets et se faisait ramasser ivre dans les rues. Le grand-père paternel, d'un caractère doux, se grisait avec un verre d'eau-de-vie. La mère, brave paysanne, sans instruction, serait restée quelque temps religieuse dans un couvent ; d'humeur assez gaie, elle n'aurait jamais éprouvé d'accidents nerveux ; toutefois, sa fille, dont les dires sont assurément sujets à caution, prétend qu'elle est une femme « supérieurement méchante », paresseuse, buveuse. Parfois, à la suite de disputes, toujours d'après les dires de la malade, il lui est arrivé de tomber à terre sans connaissance, toute raide. Un feuilleton de journal la fait pleurer. Elle aurait accusé sa fille d'avoir des relations avec son père. Sa conduite serait déplorable : elle poussait sa fille à se prostituer en lui faisant fréquenter des femmes publiques. Un oncle maternel est ivrogne. Le grand-père maternel, très méchant, maltraitait sa femme; celle-ci, enfant trouvée, très irritable, émotive, pleurant facilement, avait des idées de suicide, parlait de se jeter dans

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7, 22, 38, 40 et 46, 1890.

un puits, aimait peu sa fille. Un des frères de la malade est mort de convulsions à l'âge de 5 ans.

B... Marie n'a pas eu d'autre maladie dans son enfance que la rougeole. Sa santé est bonne. A 6 ans, elle se livre à l'onanisme; on est obligé de lui mettre des menottes. A 10 ans, méchante, jalouse, dissipée, elle se montre très mauvaise écolière; on ne peut rien en faire. Réglée à 13 ans. Dès l'âge de 15 ans, elle commence à découcher, et quand on lui demande l'emploi de son temps, elle crie au secours! à l'assassin! A 16 ans, elle vagabonde avec un garçon de son âge dont elle gaspille l'argent. Essaye toutes sortes de métiers : tour à tour couturière, lingère, domestique, porteuse de pain, infirmière, se met facilement en colère, trépigne, arrache à sa mère des poignées de cheveux. Elle a uriné au lit jusque vers l'âge de 20 ans, malgré tous ses efforts pour éviter ces accidents. L'appétit sexuel semble avoir été très développé : se donnait à n'importe qui : soldats, balayeurs, saltimbanques. Très préoccupée de sa santé, elle a séjournée dans plusieurs hôpitaux.

Son délire, déjà très ancien, repose sur des interprétations fausses, sur des phrases ambiguës. La malade, dont la mémoire est excellente et la dialectique très exercée, discute et a réponse à tout; elle cite des dates, des adresses avec précision; pose des dilemmes; s'empare du fait le plus insignifiant, et sait l'approprier aux besoins de sa cause. Elle n'est pas la fille de l'homme dont elle porte le nom. Son père n'est autre que Mgr de G., évêque d'Amiens, assassiné il y a une trentaine d'années. C'est sa mère et le nommé Bri..., qui passe pour son père, qui ont fait périr Mgr de G. Elle est héritière d'une fortune dont sa mère veut la dépouiller; celle-ci a essayé maintes fois de la faire disparaître. Elle a appris tout cela, assure-t-elle, par « indiscrétions commises » devant elle; d'ailleurs, elle ne ressemble nullement au mari de sa mère. Vers l'âge de 5 ans, dit-elle, étant à l'église, elle vit l'évêque tourner la tête et rester comme « pétrifié » en apercevant sa mère. Il la regarda elle-même. Elle en fut frappée. Quelque temps après Mgr de G... fut assassiné. L'homme accusé du crime venait chez sa mère. On interrogea celle-ci, on lui demanda si elle était sortie le jour du crime: elle répond : non, mais l'enfant dit : oui. « Alors le sieur Bri... se cramponne à une chaise pour ne pas tomber à la renverse. Peu de temps après son oncle dit: « Nous sommes arrivés trop tard, le testament était fait. Il faudra rendre à César ce qui appartient à César. — Oui, répond la mère, si elle ne meurt pas : c'est une mauvaise affaire pour nous. » Ces paroles sont pour elle une preuve irréfutable, l'aveu même du crime. Aux processions, ajoute-t-elle, elle portait une riche corbeille, munificence due aux générosités d'un évêque. A 7 ans sa mère veut la faire mourir à petit feu. A 8 ans on la place dans un couvent, elle tombe malade et croit que sa mère a donné l'ordre aux religieuses de se débarrasser d'elle. Elle affirme avoir eu déjà, à cet âge, la conviction que sa mère avait été la cause de l'assassinat de l'évêque. A 13 ans elle revient chez sa mère. Ses idées d'empoisonnement remontent à cette époque. Le cidre lui occasionne des vomissements; elle appréhendait de manger, croyant que sa mère voulait la faire disparaître et se privait volontairement de nourriture. Elle retenait des phrases significatives : « Que font-ils? » disait l'oncle à sa mère. Il s'agissait des innocents condamnés pour l'assassinat. Un jour le curé, en le quittant, s'écria : « Pauvre enfant! » La grand'mère dit un jour : « Le sang des innocents crie vengeance! » Un jour (elle avait 14 ans), quelqu'un ayant demandé à sa mère si elle se rappelait de l'affaire, celle-ci lui lança un regard farouche. Depuis elle n'a jamais revu cette personne et suppose qu'elle a été victime de son indiscrétion. A 13 ans, elle souffrait de maux d'estomac, un médecin fut appelé. « Il se fit à lui-même cette réflexion : « Si j'essayais d'un « contre-poison. » J'eus peur en songeant qu'on allait me donner un contre-poison. » C'était sa mère qui l'empoisonnait, mais elle n'osait se plaindre parce qu'elle avait la perspective d'être étranglée si elle soufflait mot. Dix ans plus tard elle a été certaine de la réalité de cette tentative d'empoisonnement. Le médecin a cessé de faire partie du bureau de bienfaisance, sans doute pour ne pas être compromis. Étant au couvent, un jésuite vint la voir et lui demanda son nom : « Marie, » répondit-elle. — « Mais vous avez un autre nom? — Oui, Bri... » Ce nom lui faisait l'effet, en le prononçant, « d'un charbon qui sortait de sa bouche. » Le jésuite reprit : « Souvenez-vous que vous vous appelez Bri... » Cela lui parut étrange. Elle pouvait donc porter un autre nom, et se souvint d'une conversation entre un paysan et sa mère : « Il y a du sang noble qui coule dans ses veines! »

Ses idées de persécution, ses interprétations délirantes s'accentuaient chaque jour : « C'était bien drôle les grimaces que l'on faisait partout où je passais. Les personnes disaient quelques paroles à voix basse. J'entendais dire : « Ah! vraiment! » On me regardait comme une bête curieuse et on m'interrogeait pour me faire parler, tout simplement. » Une demoiselle s'occupe d'elle pour lui trouver un emploi : elle voit en elle une âme damnée des jésuites.

De 13 à 21 ans, elle reste chez sa mère; celle-ci la poursuivait de sa haine. La nuit, elle venait guetter son sommeil. Elle approchait la lampe de son visage et disait à son mari : « Nous n'en avons pas pour longtemps; nous en serons débarrassés. » Une nuit, elle a entendu dire : « Vas donc la regarder..., c'est tout à fait lui sur son lit de mort; ce que j'en fais, c'est pour m'habituer au grand coup. » Il était clair qu'il s'agissait de sa mort. A 19 ans, elle prend un amant et dépose une plainte contre sa mère, l'accusant de lui faire subir de mauvais traitements; elle portait un couteau-poignard et répétait qu'elle le destinait à sa mère. A 25 ans, elle veut attirer l'attention de la justice sur celle-ci et l'accuse de faux et de vols. Un an après le mariage, son mari lui donne la syphilis. Ils font des dettes, sont arrêtés sous l'inculpation de vol, mais l'affaire, ou plutôt le complot monté contre elle n'aboutit pas; ils sont tous les deux remis en liberté. Cependant, elle confie à son mari les préoccupations qui n'ont pas cessé de l'obséder depuis son enfance. Elle lui parle d'un héritage qui lui revient. Elle se promet de se venger une fois rentrée en possession de sa fortune. Elle fait écrire par son mari à des notaires et leur raconte l'histoire du *crime d'Amiens*. Sa mère essaye de nouveau à plusieurs reprises de l'empoisonner, aussi la malade va-t-elle l'épier tous les matins et, un jour, elle se jette sur elle, un couteau à la main. Il y a trois ans, elle quitte son mari, s'isole, fuyant toute fréquentation, vivant de peu. Pour se distraire, elle va pêcher à la ligne, restant sur la berge jusqu'à sept heures du soir. Depuis un an elle est plus que jamais préoccupée par ses idées de spoliation, de haute naissance. Elle confie à son patron qu'elle est fille d'un évêque, qu'elle a un héritage colossal dont on veut la dépouiller. Des tendances agressives se manifestent. Elle raconte qu'on parlera d'elle, comme de Louise Michel. Elle a confiance dans son droit. Elle engage la lutte; elle veut d'abord épuiser les moyens légaux, mais devant l'insuccès de ses tentatives elle se décidera à frapper un grand coup. Elle forcera la justice à s'occuper d'elle, et, s'armant d'un revolver, elle tirera sur B... Elle envoie d'abord à sa mère une lettre de douze pages dans laquelle elle lui reproche sa conduite; puis elle l'accuse de nouveau de vols et de faux. Elle écrit au curé de son village, au maire, à la *Lanterne*, au Procureur de la République, etc. Enfin, en décembre 1887, elle achète un revolver. Le 24 décembre, elle va chez son père lui réclamer des explications; à six heures du matin elle l'attend dans la rue. Bri... se fâche et lui dit qu'il aura raison d'elle. Elle le poursuit jusque dans l'atelier et, devant les ouvriers, lui rappelle le *crime d'Amiens* et lui reproche d'avoir fait guillotiner un innocent. Elle finit par se retirer. Mais elle l'attend le soir à la sortie et lui tire un coup de revolver, non pour le tuer, mais pour obliger la justice à faire une enquête.

A l'asile depuis un an, elle ne s'est pas départie du plus grand calme. Comme au premier jour, elle est inébranlable dans ses convictions et, pleine de foi dans sa cause, elle réclame des juges et ne regrette pas l'acte qu'elle a commis. Jamais d'hallucinations ni de troubles de la sensibilité générale.

Le malade suivant est un dégénéré qui devient assez rapidement ambitieux; il se croit fils du roi de Hollande et attribue tous ses ennuis à des persécutions dues à ceux qui ont intérêt à le faire disparaître. Son délire, qui dure depuis cinq ans, est absolument coordonné et

systématisé. Il se fait arrêter dans des circonstances assez curieuses : il emprunte 120 fr. à un jeune compatriote et lui fait un billet qu'il signe : « Prince d'Orange. » L'illusion de son créancier ne dura pas longtemps. Ce malade nous offre un exemple de ce que nous disions plus haut ; son délire nettement systématisé persiste sans modification.

Obs. XXVIII. — K...., 42 ans, entre dans le service de l'admission, le 24 mars 1888, venant de Mazas, à la suite d'une ordonnance de non-lieu pour escroquerie. Nous venons de voir pour quel fait. K.... est fils d'un épicier de Leyde. Il se souvient que lorsqu'il était enfant on le conduisait souvent à la cour, près de la reine. Plus tard, il suivit ses classes jusqu'à 18 ans et reçut, dit-il, une bonne éducation ; il sait l'allemand, l'anglais et parle un peu le français. Il eut une fièvre typhoïde pendant l'enfance. A 18 ans, il entre à l'Ecole militaire et y subit deux fois l'examen pour passer officier ; on ne put le recevoir et on l'encouragea à faire du commerce. A l'Ecole, le fils aîné du roi venait souvent lui serrer la main. A cette époque il n'y ajoutait aucune importance. Entré dans le commerce, il y apprit la fabrication de la stéarine et, quelques années plus tard, put s'établir à son compte. A l'âge de 27 ans, il se maria, sa femme lui apportant une dot de 40,000 florins. Rien de particulier ne se produit jusqu'en 1883. Le fils du roi était mort depuis quelques années, le second fils venait de mourir et le trône de Hollande restait sans héritier. C'est à ce moment qu'il a eu des doutes sur sa naissance, son origine et se crut le fils du roi ; alors, par un retour en arrière, il fait l'examen rétrospectif de toute sa vie, relevant les moindres incidents qui pouvaient servir à édifier et à compléter son délire : sa présentation à la reine, étant tout enfant ; les poignées de main du fils aîné du roi ; les cadeaux du prince d'Orange. A ce moment aussi on commença à le craindre et à le persécuter.

En 1883, pendant qu'il chantait à l'église, on vint lui apprendre brusquement que son fils était malade ; il le trouve mort à son arrivée à la maison. Persuadé qu'on l'avait empoisonné, il fit faire une expertise et déposa une plainte, bien que le médecin lui affirmât que son fils était mort de mort naturelle. Il est actuellement certain que la gouvernante de l'enfant fut condamnée à 10 ans, mais qu'on ne lui en a rien dit pour ne pas le chagriner. Il fit à cette époque des dépenses exagérées, il acheta une grande maison de campagne, vécut largement. On croyait dans la famille qu'il avait gagné le gros lot d'une loterie ; et rapidement il fit faillite. A ce moment on vendit sa maison de commerce. Sa femme et ses enfants le quittèrent et il resta seul avec deux gardiens, nouvelle preuve pour lui qu'on le craignait. Une nuit, il entendit ses chiens aboyer et heureusement, dit-il, il n'alla pas voir ce qu'il y avait, mais il sut que, s'il était sorti, on l'aurait tué à coups de fusil ; c'était le fils du bourgmestre qui était venu pour l'assassiner. Une autre fois, il prit des pilules purgatives, il eut de violentes coliques et vit bien qu'on avait voulu l'empoisonner.

Dans les conversations il comprenait, partout où il allait, qu'il était l'objet d'un secret et, peu à peu, dans les rues de La Haye, au café, partout, il entendait : « Le voilà. » On disait, quand il passait : « Voilà le fils du roi. » D'ailleurs, il était reçu chez le Ministre d'Etat ; il fallait bien qu'il fût quelqu'un. Il s'adressa même au roi pour obtenir une audience. On lui persuada de venir à Paris pendant qu'on arrangerait ses affaires ; il y vint, en effet, en 1886 et, chaque mois, il touchait 100 francs au consulat de Hollande, ce qui prouve bien qu'on voulait le tenir éloigné. Il lisait les journaux, se tenait au courant des affaires de son pays ; il sait, par exemple, qu'en l'absence d'un descendant mâle le duché de Luxembourg passera au duc de Nassau et par là aux Allemands. Aussi, le duc de Nassau veut-il le faire disparaître. Mais, que demain le roi de Hollande meure, il ne restera pas deux jours enfermé, des papiers secrets seront ouverts, il sera reconnu et appelé à régner sur la Hollande. Il y aura pour lui des millions qui sont conservés par des familles catholiques depuis le roi Louis. Il ne tient d'ailleurs pas à tant d'honneurs, il voudrait simplement retourner dans sa patrie et revoir sa famille, mais on ne veut pas qu'il retourne, on n'oserait même pas le transférer dans un asile de Hollande, on aurait trop peur qu'il parle.

Le malade, dont l'observation suit, nous offre l'exemple d'un délire hypochondriaque systématisé depuis près de vingt ans. Ses idées hypochondriaques restent immuables et, de temps en temps, nous le voyons atteint de bouffées délirantes, tantôt mélancoliques, tantôt ambitieuses. Rien dans son délire n'est comparable à ce que l'on observe chez les délirants chroniques.

Obs. XXIX. — L... Auguste entre à l'asile le 27 juin 1881. D'après sa femme, il est préoccupé de sa santé depuis 1868 ; il a vu différents médecins, suivi plusieurs traitements, mais ses craintes n'ont fait qu'empirer. L... a toujours été déséquilibré et cette déséquilibration se montre encore aujourd'hui à travers son délire. Il se croit atteint de carie des os, de dégénérescence calcaire et, depuis sept ans, son idée n'a pas changé un seul instant. Il interprète dans le sens de ses conceptions délirantes toutes ses sensations : « Mon palais est cassé, mon manger entre dans la mâchoire, ma colonne est cassée au milieu du dos et aux épaules, toute ma bouche se fend, on dirait que mon cerveau descend, j'ai une boule qui redescend dans les entrailles et j'ai une plaie qni s'ouvre sur la poitrine (il s'agit d'un furoncle) ; ça craque dans le cou, c'est l'os, tout est cassé dans les lèvres, dans la joue du côté droit. Les yeux communiquent avec les testicules, tout se détache derrière le dos, puis tout tombe comme une masse de chair. Derrière, l'œil s'est détaché, c'est comme un grand nerf qui part du centre et descend jusqu'à la verge ; ça se bifurque dans le bassin. » Il n'a plus d'atlas, sa colonne vertébrale est dessoudée, sa cuisse est brisée, ce sont les os qui se séparent. Il a un ulcère du maxillaire et il montre un dépôt assez considérable de tartre dentaire. Le jour où on lui enlève ce tartre, il est persuadé qu'on lui a fait une grande opération et affirme depuis qu'il n'a plus de maxillaire supérieur droit, etc., etc. Il a généralement l'allure courbée qui convient à sa situation et son inquiétude s'exagère beaucoup à certains moments et ajoute des idées mélomaliques à des préoccupations hypochondriaques.

« La vie qu'il mène est bien triste, il n'en a plus pour longtemps, demain il n'y sera plus. C'est égal, il meurt bien tristement, repoussé par tout le monde, méprisé, il n'aura personne à son enterrement, et pourtant il n'a jamais fait de mal à personne et il a été trahi. Il a fait des dettes, c'est vrai, mais c'était pour le bien, on ne peut lui reprocher que trop de bonté. « Voyez-vous, monsieur, tout crève, ça me coule, c'est l'os qui est cassé, tout est brisé là-dedans. » L... montre son bras, ses gencives, il rentre la tête dans les épaules, prend une attitude ankylosée pour ainsi dire, un air consterné, morne, et éteint son regard. Puis, soudain, il cesse cette mimique de la douleur endurée sans espoir et sans réaction, il se détend, quitte le ton dolent pour parler d'une voix nette : « C'est horrible, monsieur, tout ce qu'on dit de moi ; on dit que je suis un masturbateur, que j'ai violé ; mais, monsieur, je n'ai jamais eu de rapports avec mes élèves comme on le dit, je n'ai jamais séduit personne, je n'ai jamais embrassé une femme de force. Tenez, je puis bien vous le dire, je me suis touché quelquefois, mais à de larges intervalles et j'avais dix-huit ans. Je suis réservé sur ce sujet puisque depuis bien longtemps, plus de quinze ans, je n'ai pas touché à mes organes. Pour uriner, je me déboutonne et je fais mon besoin les poings sur les hanches. Tout cela, après tout, ça m'est égal, mais ce qui me fait le plus de mal c'est d'être condamné à être fusillé comme déserteur. Je ne savais pas, moi, que j'étais dans le cas de désertion... On m'a condamné à mort parce que j'ai déshonoré la femme d'un capitaine : déserteur, je ne pouvais pas me marier avec la veuve d'un capitaine, mon mariage est nul, je suis excommunié, je suis repoussé de l'Eglise. C'est égal, je meurs bien tristement ; c'est l'impératrice qui veut que je sois fusillé, pour l'exemple, je l'entends dire partout, c'est le sujet des conversations dans l'asile.

Prenez garde, monsieur, on vous veut du mal, il y a de méchantes gens, ici. » Souvent, il parle de ses souffrances, mais il suffit généralement d'une distraction quelconque : lecture, discussion, appel d'un ami, pour le faire sortir de ses habitudes. Sa figure s'illumine, il se redresse et court où on l'appelle. A un certain moment, il consentit à donner des leçons de danse aux enfants et, dans l'exercice de ses nouvelles fonctions, il oubliait complètement ses doulcurs.

Ce malade a été atteint cet hiver d'une bronchite assez intense; il nous a été presque impossible de l'ausculter; il chantait « Lucie » à tue-tête pour nous montrer qu'il avait de bons poumons et peu d'instants après nous faisait sentir la place de la sixième vertèbre cervicale qui lui manque. Voici, d'après lui, les douze causes physiques de sa maladie :

Cinq attaques d'apoplexie, le sang lui montait à la tête. Plusieurs tentatives d'empoisonnement : un verre de belladone, 20 grammes d'arsenic et 2 grammes de laudanum. Excès de sueurs. — Causes intellectuelles : chagrins de commerce et de famille.

Depuis longtemps se montrent des bouffées ambiticuses très manifestes. Un article de journal, une lecture quelconque, suffisent pour qu'il se mette à écrire un projet de réforme financière, économique, politique ou religieuse. Quand il écrit ou discute, il part d'un point vrai ou faux d'où il déduit et déduit encore; il remplace souvent l'idée par des termes ronflants et ampoulés, et se croit irréfutable. Son dossier renferme une foule de projets de réformes qu'il a envoyés aux ministres, au Conseil municipal, au directeur de Sainte-Anne, etc. Mais son idée de carie des os reste absolument fixe, tout argument contraire à son idée est sans effet. Tous les soirs il fait scs adieux à ses camarades : c'est sa dernière nuit.

Jusqu'ici nous voyons chez nos déséquilibrés le délire s'installer sans cause appréciable; le malade que nous allons examiner fournira un exemple de prédisposé chez lequel les tendances maladives sont mises en éveil par une mauvaise hygiène. Des abus de boissons provoquent, en effet, un accès de délire alcoolique, après lequel surviennent des idées systématisées de persécution qui persistent pendant trois mois. Au début la scène délirante est très étendue : ce sont des hallucinations multiples de la vue, de l'ouïe, des personnages actifs, des batailles, des victimes sanglantes, dont il n'a gardé qu'un souvenir confus; puis le délire se systématise et s'accompagne d'hallucinations de l'ouïe, de troubles de la sensibilité générale, d idées de persécution et de craintes d'empoisonnement.

Obs. XXX. — L..., valet de chambre, est âgé de 47 ans. Sa grand'tante maternelle, morte à 80 ans, a eu des attaques pendant toute son existence. Deux oncles maternels sont buveurs. Le père, ivrogne, est mort hydropique. Son frère aurait des crises d'épilepsie.

Quant à lui, il n'a pas eu de convulsions dans l'enfance; il a fréquenté l'école jusqu'à onze ans; il sait lire et écrire. Emotif, scrupuleux, il s'irritait violemment pour des motifs futiles. Successivement valet de pied, soldat, puis valet de chambre, il est resté deux ans employé dans un cercle. Là, comme il avait droit à maintes consommations, que le vin était à discrétion, qu'il gagnait jusqu'à quatre cents francs par mois, il contracta des habitudes d'intempérance. Il pouvait alors, dit-il, boire impunément toute la journée; il était seulement devenu très gros. Après avoir quitté le cercle, il se plaça comme valet de chambre. Il fit connaissance alors, chez le marchand de vins, d'un nommé C... Cet individu, auquel il avait prêté de l'argent, aurait, dit-il, subi nombre de condamnations pour filouterie, vols, etc. Il faisait partie de la « bande noire » et aurait acheté quarante fonds de marchand de vins sans jamais les payer. Quinze jours avant son entrée, il a été pris d'accidents alcooliques, d'hallucinations nocturnes pénibles, il ne dormait plus, des fils noirs passaient devant ses yeux, il apercevait un incendie, il voyait sur le balcon des gens armés qui voulaient l'assassiner. Ces hallucinations ont duré peu dc jours, il était plus calme et paraissait convalescent de son accès de délire alcoolique, lorsqu'il s'est imaginé qu'une femme avait été assassinée dans la maison de son maître. Il prétend que C..., chenapan de la pire espèce, lui aurait demandé quelques jours avant si cette femme avait de l'argent, qu'il serait venu une heure avant lui dans la maison. Il s'imagine encore que sa maîtresse a été raconter partout ces assassinats et que tout le monde le soupçonne. Les chuchotements des uns et des autres lui ont fait connaître qu'on l'accuse d'avoir fait le coup; il jure ses grands dieux et répète à chaque instant « qu'il a toujours été honnête, qu'il n'a jamais fait de mal à personne, qu'il est trop poltron pour cela, etc... » Il croit que l'on a profité de son absence pour passer le jugement de l'assassinat commis par C... sur son compte et qu'on l'a endormi avec toutes espèces de bouteilles et de médicaments qui l'ont rendu idiot. Les voix lui disaient : « Il y a un crime commis. » Il se demande alors : « Est-ce que l'on dirait que c'est moi? » Cette phrase, comme une obsession, lui revenait sans cesse à l'esprit; il se rend parfaitement compte que les voix qu'il entendait « n'étaient pas les voix du peuple », mais celles de rêves. On disait aussi : « Tu as assassiné ton maitre pour le voler. » Depuis, convaincu que tous le considèrent comme un assassin, il croit qu'on le regarde avec curiosité, qu'on lui prépare le châtiment. Il n'ose parler à un infirmier et aux malades qui sont ici, qu'il croit reconnaître et qui se sont trouvés autrefois occupés chez les mêmes maîtres que lui. Un jour, il lit dans le *Petit Journal* un article sur la crémation, et comme sans cesse il croit qu'il va mourir, il a peur qu'on le brûle. « On lui a dit qu'on allait le mettre dans les fourneaux pour le faire crémer. » C'est une femme de Chaillot qui a dit : « C'est malheureux tout de même, il est condamné à la crémation, c'est pour l'éternité. » C'est une crémation qui fait souffrir dans toute l'éternité. Il veut hâter la fin de ses tourments et va au-devant de la mort; il se frappe la tête contre les murs et les angles des meubles, il se l'est frappée également avec un fer à repasser oublié à sa portée. Puisqu'il faut mourir, mieux vaut en finir tout de suite. A son arrivée à l'infirmerie de l'admission, il a cru qu'on voulait l'empoisonner et a refusé les aliments; il leur trouvait, assure-t-il, un goût âcre, puis on avait l'air de dire de lui : « Ah! il s'est figuré qu'on y mélangeait une poudre parce qu'il était assassin. Ici, c'est le dernier moment, et aujourd'hui c'est son dernier jour, ce sera pire qu'une exécution. » Il est convaincu d'être à Beaujon et reconnaît, dit-il, les jardins.

Les idées de persécution vont toujours s'accentuant : « Vous m'avez fait venir, dit-il, dans votre cabinet, afin que les gens d'alentour puissent entendre ce que je dis. » Les malades refusent de lui parler parce qu'il est accusé d'assassinat; les journaux parlent de son crime : on l'appelle saloperie. Il croit toujours que l'on met du poison dans ses aliments, il éprouve des « douleurs d'entrailles, des picotements, des tremblements. » « Je vois bien que c'est fini, dit-il avec tristesse, je vais y passer. »

De l'histoire des divers malades que nous venons d'examiner ressortent clairement les distinctions fondamentales qui séparent du délire chronique les délires des dégénérés, quelque varié que soit l'aspect sous lequel ces derniers se présentent. Qu'il s'agisse de conceptions ambitieuses implantées dès l'enfance et provoquant plus tard les réactions habituelles aux dégénérés persécuteurs (Obs. XXVII); qu'il s'agisse d'un délire de persécution greffé sur un délire toxique (Obs. XXX); que l'on ait affaire à des convictions délirantes immuables durant toute l'existence, ou à des bouffées de délires polymorphes et fugaces, dans toutes nos observations nous trouvons, déjà avant l'éclosion du délire, les manifestations plus ou moins bruyantes d'un état psychopathique lié à l'hérédité pathologique, et dans aucune d'elles nous ne constatons rien qui ressemble à la marche toujours identique à elle-même, à la succession des quatre périodes du délire chronique à évolution systématique.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'enseignement clinique.

On paraît se prendre aujourd'hui d'un beau zèle de réformes pour tout ce qui touche à la médecine ; c'est à qui apportera son projet, soit à la Chambre, soit à la Faculté, soit à la Société de médecine des hôpitaux. Le *Progrès médical*, qui n'a cessé, depuis sa création, de réclamer, de préparer et parfois d'obtenir des améliorations, serait mal venu à réprouver cette louable ardeur. Pourtant, on ne peut s'empêcher de se demander par quelle singulière fatalité il se fait que presque toujours, dans ces questions médicales, on met la charrue avant les bœufs. L'autre jour, c'était la Chambre qui votait, sur l'exercice de la médecine, une loi visant à exiger des futurs médecins une connaissance de leur art plus approfondie que par le passé. Que cette loi soit d'ailleurs peu libérale et parfaitement anti-démocratique, il n'y a pas à s'en étonner par le vent de protection qui souffle de tous côtés. Protégez donc, puisque vous y tenez ; mais au moins, si vous exigez de nous une si grande science, occupez-vous un peu, et avant tout, de nous donner les moyens de l'acquérir. Liberté à part, il est fort bien de ne plus vouloir que des médecins instruits dans toutes les branches de la science, à condition pourtant d'assurer aux étudiants un enseignement suffisant. Il est très beau et très facile de dire : « Vous n'exercerez la profession médicale qu'après avoir fait preuve d'un savoir réel. » — Il est fâcheux de s'exposer à ce qu'on vous réponde : « Où voulez-vous que je le prenne? La médecine s'apprend essentiellement auprès des malades, et votre organisation de l'enseignement me ferme d'abord, pendant deux ans sur cinq, la porte des hôpitaux ; pendant deux autres années je cours le risque d'être déporté dans un service dont le chef ne me donnera jamais un conseil, ou perdu au milieu de la foule qui assiège un illustre maître. Vraiment, pour un protecteur de profession, vous me laissez trop me tirer d'affaire tout seul. »

De cette bizarre situation, on paraît enfin s'être généralement aperçu dans le monde médical, dans les hôpitaux aussi bien qu'à la Faculté. Et l'on s'est mis à étudier l'organisation de l'enseignement clinique. La plupart s'accordent à dire qu'elle n'existe qu'à l'état rudimentaire, d'aucuns même prétendent que ce semblant d'organisation actuel, avec le stage obligatoire, est pour beaucoup d'étudiants infiniment plus désastreux que l'absence de toute organisation. Personne ne nie qu'en définitive l'enseignement clinique ne soit d'une insuffisance criante. On s'est donc mis à la recherche d'une meilleure organisation. Mais, pour rester fidèle à la pratique du sens dessus dessous, nul ne s'est avisé qu'avant la question *quomodo* ? devait se poser la question *quid* ?

Car enfin, quelle que soit l'importance de l'enseignement clinique (personne plus que nous n'en fait cas), de si haut qu'il domine le reste de l'enseignement médical, il ne le constitue pas à lui seul. D'autres parties de la science demandent aussi à être étudiées et enseignées. La première chose à faire serait donc d'établir un programme d'études combiné de façon à faire à chacune des branches de l'enseignement médical sa part légitime, dans le temps et dans l'espace, de façon à ce qu'aucune ne s'oppose, par ses exigences, à la culture des autres. C'est seulement après cette répartition faite qu'il conviendrait de déterminer, pour chaque étude particulière, la façon dont son enseignement serait départi aux élèves. La tâche serait, sans doute, singulièrement élargie, mais peut-être n'en serait-elle que plus facile. La vue nette de l'ensemble aide singulièrement à la bonne disposition des parties. Le grand avantage de cette procédure serait de conduire forcément à l'élimination de quantité de matières dont la connaissance n'est d'aucune utilité au praticien. Et nous avons la simplicité de croire encore que le but des études médicales est avant tout de faire des praticiens. Du train dont vont les choses, on en viendra à exiger que tout docteur en médecine soit doublé d'un micrographe, d'un chimiste, d'un physicien, d'un naturaliste, d'on ne sait quoi encore. Ecrasé sous ce fardeau, il risquera fort de tout apprendre, sauf la médecine. Il faut prendre garde d'étouffer le feu sous le charbon.

Un autre avantage, de quelque valeur aussi, serait de ne pas s'exposer, après avoir péniblement élaboré un système d'enseignement clinique, de le voir aboutir à des impossibilités pratiques faute d'avoir tenu compte des nécessités des autres branches de l'enseignement.

Mais on a cru généralement devoir suivre une toute autre marche et considérer l'enseignement clinique isolément. C'est ce qu'a fait aussi M. le Pr Potain dans une brochure récente (1). Restons donc sur ce terrain circonscrit.

M. Potain expose d'abord certaines considérations plus ou moins inhérentes au sujet qu'il veut traiter. Il suffit de signaler, comme ne s'y rattachant que de très loin, la distinction qu'il établit, dans tout centre d'enseignement, entre la formation des élèves et l'avancement de la science. Ce sont, en effet, deux œuvres si distinctes que la dernière n'a rien à voir avec le mode suivant lequel se produit la première. Et personne n'a jamais songé à régler la manière de faire des découvertes scientifiques. Beaucoup plus pertinente est l'assimilation de l'école à une usine où « l'art consiste surtout à utiliser « le mieux possible les forces dont on dispose, à en « distribuer si bien et si judicieusement l'application « que rien ne s'en perde et qu'elles arrivent à fournir le « rendement le meilleur. » Le grand reproche, en effet, qu'on adresse à la Faculté, ou, pour être juste, à l'organisation actuelle, c'est de laisser sans emploi d'abondantes ressources, à portée et sous la main, d'une nécessité incontestable, alors qu'elle élabore à grands frais des matériaux d'importance secondaire ou nulle. Dans notre usine médicale, ayant pour but et raison d'être de fabriquer des praticiens instruits, la préparation, la manutention des élèves comprend aujourd'hui deux procédés simultanés, l'enseignement dogmatique et l'enseignement clinique. On a nié l'utilité du premier ; M. Potain le croit d'une absolue nécessité. Des arguments que M. Potain apporte ici pour le défendre, un

(1) *Organisation de l'Enseignement clinique à l'Ecole de Paris*, par M. le Pr Potain.

seul nous toucherait : A beaucoup d'élèves le livre ne suffit point ; leur attention a besoin pour se fixer de l'action plus vive de la parole.

Quant à l'éternelle jeunesse des cours opposée au vieillissement rapide des traités de médecine, quant à l'influence de la périodicité immuable des leçons sur l'habitude du travail régulier, nous n'y croyons guère. Les professeurs aussi vieillissent (on en a vu ressasser longtemps leurs livres), et l'élève qui n'a pas l'habitude du travail régulier ne la prend pas au cours, parce qu'il n'y va point.

Mais laissons les cours dogmatiques que l'on ne saurait condamner ou justifier en bloc : les uns sont indispensables, d'autres indifférents, quelques-uns ridicules. La question n'est pas là, non plus que dans l'enseignement libre, dont M. Potain fait le procès en passant. A son jugement, nous ne saurions adhérer sans réserve. Sans doute, la science ne gagne guère à cet enseignement, les autres moyens abondent de divulguer une vérité nouvelle ; mais aussi n'est-ce pas là son but. Que l'instruction des élèves, au contraire, n'en bénéficie pas, c'est autre chose. Plus complets que les cours officiels, certes, les cours libres ne le sont pas, leur avantage étant souvent d'être fragmentaires; pour mieux faits, on dit que le cas s'est produit ; enfin, le temps n'est pas loin où le cours libre était la seule ressource de l'étudiant désireux d'apprendre quelque petite chose ignorée à la Faculté : l'oculistique, par exemple. M. Potain n'est donc pas équitable, juste, envers l'enseignement libre; en revanche, concluant du particulier au général, de lui aux autres, il croit trop facilement que l'amour-propre, le désir d'être suivi, le plaisir de porter la lumière dans des esprits jeunes et ardents, la jouissance de féconder des intelligences, suffisent à faire donner aux professeurs tout ce qu'ils ont de force et d'ardeur. Un peu de concurrence y aiderait, dans certaines conditions.

A côté de l'enseignement dogmatique, aux grands amphithéâtres, aux auditoires nombreux, l'enseignement pratique, en petits groupes, dans des locaux séparés, sous la direction de maîtres nombreux. Des divers enseignements pratiques, le plus mal organisé est celui de la médecine elle-même, la clinique, à laquelle nous arrivons enfin.

Les défauts du système actuel, M. Potain ne les méconnait ni ne les atténue, il excuse seulement la Faculté qui, ne la faisant pas, n'est pas responsable de la mauvaise répartition des élèves stagiaires. Cela est vrai en partie. L'Assistance, chargée de cette répartition, « n'a et ne peut avoir pour la faire aucune règle qui se rapporte à la dispensation de l'enseignement. » Mais peut-être n'eût-elle pas été réfractaire à des suggestions venant de la Faculté. Quoi qu'il en soit, le fait, reconnu par M. Potain, est que le stage actuel est une loterie, que nombre de stagiaires sont privés d'enseignement clinique dans leur service ou, s'ils vont dans un service voisin, ne connaissent pas les malades, n'entendent qu'une leçon dogmatique. Ce système, en outre, réunit dans les cliniques des débutants, des élèves ayant déjà quelque instruction et d'autres beaucoup plus avancés ; par suite, l'enseignement ne s'adapte pas à tous.

Le mal reconnu, quels remèdes propose M. Potain ? D'abord, il voudrait porter la durée du stage à trois années, déjà exigées des officiers de santé, que l'on va cesser de faire. La première année serait consacrée à la pathologie, la seconde à la séméiologie, la troisième à la clinique de diagnostic et d'indications. Un semestre chaque année serait donné à la médecine, l'autre à la chirurgie. Pour ces études cliniques, les élèves seraient groupés au nombre de vingt-cinq au maximum par service. Le nombre des stagiaires annuellement inscrits par l'Assistance étant de 400 et devant s'élever à 600 si le stage est de trois ans, il faudrait vingt-quatre services d'enseignement clinique. Les cliniques de la Faculté pouvant fournir huit semestres, resteraient à répartir seize autres groupes et à désigner les chefs chargés de cet enseignement. En tenant compte des professeurs et des agrégés déjà chargés de cours cliniques, officiellement ou officieusement, « le nombre des médecins des hôpitaux pouvant prendre part à l'enseignement se trouverait par là notablement réduit. »

Il serait, en effet, tellement réduit que, quant au nombre, il n'y aurait à très peu près rien de changé. Est-ce là utiliser le mieux possible les forces dont on dispose ? En laissant de côté les asiles spéciaux, tels que Bicêtre, il y a aujourd'hui environ 100 services hospitaliers, en ouvrir 24 à l'enseignement clinique, c'est laisser se perdre plus des trois quarts des ressources qu'on possède. En les utilisant tous, ce serait quatre élèves par service seulement, dont les chefs auraient à s'occuper. Le chiffre est faible et les professeurs de la Faculté seraient certainement peu flattés de n'avoir qu'un ou deux stagiaires suivant leurs leçons avec leurs internes ou leurs externes. Mais le chiffre de 400 est lui-même trop faible; c'est 4.000 élèves que compte la Faculté, et si, dès la première année, ce que nous croyons utile, on les laisse suivre les hôpitaux ; ce sera 10 par service que l'on aura. Nous ne pensons pas d'ailleurs qu'il soit bon ni pratique d'opérer une répartition aussi régulière. Pour les commençants, le chiffre pourrait s'abaisser beaucoup et se relèverait d'autant pour les dernières années. En tout cas, nous ne voyons pas de bonne raison, et M. Potain n'en présente d'aucun genre, pour ne pas s'adresser à tous les médecins des hôpitaux indistinctement, au lieu de se borner à faire appel à une quinzaine au plus. Ce ne peut être par un sentiment d'étroite et mesquine jalousie que la Faculté écarterait un concours si précieux, et M. Potain d'ailleurs ne s'en ferait pas l'interprète. Il a craint sans doute la difficulté d'exiger de tous les médecins des hôpitaux un travail auquel à présent rien ne les oblige. « Rien ne peut se faire, dit avec raison M. Potain, de sérieusement utile sans un enseignement réglé. » Si, en effet, on oblige l'élève à suivre un service donné, il faut que le chef soit tenu à fournir un enseignement régulier. Mais, dès aujourd'hui, nous croyons que bien peu de médecins des hôpitaux refuseraient de s'engager à faire pendant un semestre de sérieuses leçons. Pour l'avenir, comme le *Progrès médical* l'a souvent demandé, on pourrait en imposer l'obligation aux candidats aux hôpitaux.

M. Potain propose de laisser aux chefs de service, par rang d'ancienneté, l'enseignement qui leur con-

viendrait le mieux. Dans son système, il est impossible de faire autrement, mais cela nous paraît difficilement s'accorder avec un roulement régulier des élèves. Suivant M. Potain, le passage d'un stade à l'autre s'accomplirait d'année en année, avec faculté de redoubler un ou plusieurs stades ou de substituer un semestre de chirurgie à un semestre de médecine. Pour la formation des groupes, les stagiaires de même année choisiraient d'après leurs notes d'examen celles de leurs chefs, jusqu'à complément du nombre assigné à chaque service.

En terminant, M. Potain pose la question de la rétribution des nouveaux professeurs. Tout en estimant, avec grande raison, que toute peine mérite salaire, il ne veut rien dire de ce point capital. Pourtant, il déclare impossible la rétribution directe des maîtres par les élèves. Elle est, en effet, inconciliable avec l'obligation des études cliniques (1). « Or, dit-il, l'obligation est indispensable si l'on veut arriver à quelque résultat général et sérieux. Elle a été imposée pour tous les exercices pratiques. Et on l'abandonnerait pour le plus indispensable, le plus important de tous! Cela n'est pas admissible. » Pour qui croit à la vertu efficace de l'obligation, l'argumentation est irréfutable. Mais, M. Potain, qui refuse de trancher la question, ne l'en a pas moins résolue. Car, la rétribution directe par les élèves étant écartée, c'est à la Faculté, à l'Etat, de payer. Et alors, comme pour l'Ecole pratique, on établira de nouveaux droits de travaux pratiques, c'est-à-dire que les élèves paieront les maîtres qu'ils n'auront pas choisis ; ce que M. Potain déclare impossible. Leur argent fera seulement un léger détour par les caisses de la Faculté. A moins pourtant que le Conseil municipal ne soit assez généreux et assez habile pour faire les fonds nécessaires. En résumé, avec de bonnes parties, le projet de M. Potain considéré en lui-même et dans le courant d'idées dominant aujourd'hui, a le grand défaut de n'être qu'une apparence de réforme. Et, pour cette raison, nous estimerions son adoption plus fâcheuse que le maintien de l'état de choses existant, parce qu'elle deviendrait un obstacle à une réforme sérieuse et réelle. Nous l'avons dit, il y a longtemps, on ne fera rien tant que durera la dualité des hôpitaux et de la Faculté préalablement à toute réforme, il faut en opérer la fusion, ou, ce qui vaudrait mieux et serait plus facile, le divorce. E. T.

(1) Nous reviendrons sur ce sujet. On sait du reste que nous acceptons cette rétribution en principe. (B.).

Fièvres éruptives dans l'armée. — Des bruits très alarmants ont couru sur la situation sanitaire de la garnison de Belfort, mais l'épidémie de scarlatine et de rougeole (et quelques cas d'angine) sont dans une période de décroissance. La situation n'a jamais eu la gravité qu'on lui a attribuée. C'est le 42e de ligne et le 9e bataillon d'artillerie de forteresse qui ont été éprouvés par l'épidémie. Dès que les premiers symptômes ont été constatés, ce régiment et ce bataillon ont été évacués sur le fort des Barres, pendant que l'on procédait à la désinfection de leurs casernements, dans lesquels ils sont rentrés depuis plusieurs jours. Le nombre des décès à l'hôpital a été de 21 pendant les mois de janvier et février, y compris ceux d'hommes qui étaient atteints d'affections pneumoniques. Au plus fort de l'épidémie — retour de l'influenza de l'année dernière — le nombre total des malades de l'hôpital militaire était d'environ 240. Aujourd'hui, le chiffre normal (150-160) est à peine dépassé. Deux baraques volantes ont été installées dans les cours de l'hôpital militaire; elles contiennent de 30 à 35 lits. On y place les malades convalescents, afin de les isoler pour éviter des rechutes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 mars 1891. — Présidence de M. Duchartre.

Sur les ptomaïnes. — M. Œchsner de Coninck est arrivé à démontrer que les deux ptomaïnes qu'il a découvertes et qui correspondent aux formules $C_8 H_{11} Az$ et $C_{10} H_{15} Az$ appartiennent bien à la série pyridique. Elles se distinguent des ptomaïnes obtenues par différents auteurs en ce qu'elles ne constituent pas deux hydroses de cette série.

De la toxicité des produits solubles des cultures tuberculeuses. — MM. J. Héricourt et Charles Richet ont extrait les produits solubles de cultures de tuberculose aviaire en milieu liquide et les ont injectés à des lapins sains et à des lapins tuberculeux. Ils ont constaté que chez ces derniers, la dose toxique est huit fois plus faible que chez les lapins non tuberculeux. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 mars 1891. — Présidence de M. Ch. Richet.

MM. Gilbert et Girode. — *Angiocholites infectieuses ascendantes suppuratives.* — En décembre dernier, nous avons établi devant la Société : que les voies biliaires inhabitées à l'état normal peuvent être envahies par le bacille d'Escherich, que la présence de ce bacille dans les voies biliaires n'est pas incompatible avec leur intégrité, que le bacille d'Escherich est un des agents de l'angiocholite et de la cholécystite suppurées. Cette dernière conclusion a déjà été confirmée, et nous avons nous-même recueilli, chez un sujet mort de pneumonie, un nouvel exemple de cholécystite purulente due au bacille d'Escherich. Contrairement aux abcès des pays chauds souvent stériles (parasites non cultivables, microbes à vitalité courte, examens tardifs), les foyers angiocholitiques sont constamment peuplés de bactéries. Dans nos observations précédentes, le bacille d'Escherich était seul en cause; or, ce microbe étant pyogène, il était rationnel de lui attribuer les altérations des voies biliaires, au lieu d'admettre une angiocholite de cause problématique qu'aurait peuplée secondairement le bacille d'Escherich. En faisant suppurer les voies biliaires du lapin par injection des cultures du bacille d'Escherich, MM. Charrin et Royer ont ajouté une nouvelle force à notre interprétation. Toutefois, la preuve absolue n'est pas faite : on ne conclut pas si aisément de l'animal à l'homme, et les conditions de l'angiocholite spontanée humaine sont loin d'être identiques. Si le bacille d'Escherich apparaît comme le grand parasite des voies biliaires, le duodénum renferme d'autres espèces dont l'ascension peut entraîner les mêmes conséquences. MM. Malvoz et Dupré ont vu le streptocoque dans l'angiocholite suppurée sur des coupes histologiques, il est vrai, et dans des conditions qui n'excluent pas la présence d'autres microbes, en particulier, le bacille d'Escherich.

Mêmes méfaits peuvent être attribuables à des microbes anormalement contenus dans le duodénum. Récemment est venue mourir à Necker, dans le service de M. Rigal, une femme à l'autopsie de laquelle les canaux cystique et cholédoque ont été trouvés très altérés et remplis de pus concret. La vésicule affaissée ne contenait que quelques gouttes de bile : son col était oblitéré. Foie volumineux et gras, cœur flasque et pâle, poumons congestionnés. Grâce à l'obligeance de M. Sauvineau, interne du service, nous avons examiné bactériologiquement le pus cystique, la bile, le contenu duodénal et le sang du cœur. Le canal cystique et le duodénum étaient peuplés par le pneumocoque et le staphylocoque blanc exclusivement. La bile et le sang étaient privés de germes.

Cette observation offre sans doute bien des obscurités ; nous ignorons les conditions qui ont amené la pullulation du pneumocoque et du staphylocoque blanc dans le duodénum avec disparition des espèces normales, les causes qui ont favorisé l'ascension de ces microbes dans les voies biliaires, les raisons qui ont si singulièrement localisée l'angiocholite suppurative sur un segment des voies biliaires extra-hépatiques. Ces obs-

curites forment contraste avec la lumière des cas antérieurement relatés, où l'on voit un micro-organisme mobile, normalement présent dans le duodénum, le bacille d'Escherich, envahir à l'occasion d'obstacles mécaniques déterminés le milieu biliaire jusque dans ses extrémités les plus reculées, comme font les germes des infections urinaires ascendantes, et amener le développement isolé ou simultané de la cholécystite et de l'angiocholite intra-hépatique suppurative. Nous avons cependant estimé qu'il n'était pas inutile de rapporter un fait qui élargit le domaine pathologique déjà si vaste du pneumocoque, et accroît les connaissances bien rudimentaires encore que nous possédons sur la bactériologie des voies biliaires.

M. Netter rapporte un cas de *surdité verbale avec lésion de la première circonvolution sphéroïdale.* — Il s'agit d'une femme cardiaque, et restée, à la suite d'une attaque d'apoplexie, hémiplégique droite et aphasique. Bien qu'elle eût encore toute sa connaissance, elle paraissait atteinte de surdité verbale complète; elle n'avait pas d'ailleurs d'aphasie motrice. A l'autopsie, la circonvolution de Broca et la région de l'insula étaient intactes; mais on remarquait un ramollissement du noyau extraventriculaire du corps strié — ce qui explique son hémiplégie; — et une lésion analogue portant sur la première circonvolution sphénoïdale gauche, ce qui est une nouvelle preuve de la localisation de la mémoire dans cette circonvolution.

M. Dejerine. — La question de l'*agraphie* et la symptomatologie des régions dont elle relève est assez complexe. Décrit pour la première fois par Marie, puis par Ogle, elle a été étudiée depuis par les Drs Charcot, Wernicke et Lichstein. Exner et M. Charcot avaient admis l'existence d'un centre spécial pour les mouvements de l'écriture. Pour Wernicke, au contraire, il n'y aurait pas de centre spécial, mais l'agraphie existerait toutes les fois que les images visuelles des mots sont supprimées. M. Dejérine a observé à Bicêtre, un homme de 63 ans, qui fut atteint subitement d'une cécité verbale complète avec hémianopsie homonyme latérale droite. Il existait une agraphie complète soit pour l'écriture spontanée, soit pour l'écriture dictée ou la copie. Cet état persista dix mois. Puis le malade étant mort, on trouva une lésion au pli courbe de l'hémisphère gauche. C'était une plaque jaune de la grandeur d'une pièce de cinq francs, Tout le reste de la corticalité était intact. Le ramollissement s'étendait dans la substance blanche sous-jacente jusqu'à un centimètre environ de la paroi ventriculaire. Au point de vue de la localisation de la cécité verbale, ce cas est très probant, car la lésion était exactement limitée au pli courbe avec intégrité complète des circonvolutions occipitales ainsi du cureus. L'agraphie ne peut être expliquée ici que par la destruction du centre de mémoire optique des lettres. Le cas actuel est donc un exemple net d'agraphie liée à une cécité verbale.

M. Abelous a étudié dans le laboratoire de M. Ch. Richet l'*action des antiseptiques sur le ferment pancréatique.* — Le ferment résiste bien mieux que les microbes aux antiseptiques; c'est ainsi qu'il saccharifie l'amidon lorsqu'il contient encore 4 0/0 d'acide phénique ou 5 1/1000e de sublimé. Un certain nombre d'autres antiseptiques, tels que le chloroforme, l'iodoforme, le naphtol, n'exercent presque aucune action sur lui. On peut arriver avec la connaissance de ces faits à isoler l'action des pancréas de celle des microbes qui pourraient se trouver mêlés au suc pancréatique.

M. Kalt a recherché si dans *les névralgies du trijumeau,* autres que le zona ophtalmique, il se produisait des lésions de l'œil comparables à celles qu'on observe après la section intracrânienne du nerf et qui ont été parfaitement étudiées par MM. Laborde et Mathias Duval. Il a constaté assez souvent en clinique des opacités centrales de la cornée dues à des points de sclérose interstitielle indélébile.

MM. Cadeac et Meunier envoient une note sur *la toxicité du vulnéraire,* ou eau d'Arquebuse, en usage à Lyon. Leurs recherches sont expérimentales. L'étude clinique de l'intoxication par le vulnéraire a été faite il y a quelques années dans la thèse de Casanova, élève de M. Lancereaux.

M. Patin adresse une note sur *les réactions de certaines albumines* qui ne se coagulent pas par le procédé ordinaire de la chaleur et de l'acide acétique.

M. Langlois a recherché l'action du *nickel carbonyle sur les gaz du sang.* — Ce corps agit en déplaçant l'oxygène de l'hémoglobine, il suffit, *in vitro,* de 1/200 du produit pour déplacer 90 0/0 de l'oxygène du sang. Sur un chien de 11 kil., une injection intra veineuse de 15 gouttes fait tomber la teneur en oxygène du sang artériel de 12 c. c. à 6 c. c., soit une diminution de 50 0/0.

M. Luys fait une communication sur l'*indépendance physiologique du lobe cérébral gauche et du lobe cérébral droit.* — Mettant un sujet en état de catalepsie, puis de léthargie, et faisant passer isolément un des deux lobes en somnambulisme, il a constaté que dans ces conditions, la force du sujet diminuait en même temps que la vue, et la voix perdaient en intensité. D'autre part, et conformément aux expériences de M. Gilbert Ballet, il a constaté qu'un sujet ainsi partiellement hypnotisé ne pouvait lire qu'une moitié des mots, et même de son nom. Ainsi le sujet de MM. Luys, Brume, Théophile, fait seulement *théo* avec son hémisphère droit, et la fin du mot avec l'hémisphère gauche.

MM. Rodet et Courmont ont *recherché l'effet donné par les injections préventives* de produits solubles de cultures pures de staphylocoque au point de vue de l'infection consécutive par ce microbe. Ces injections, pratiquées à des doses de 1 c. c. par 200 grammes du poids de l'animal, ont produit deux sortes de résultats. D'abord, l'injection du produit soluble était pratiquée en même temps que l'inoculation de culture virulente. Dans ce cas, les animaux en expérience ont succombé un peu plus vite que les animaux témoins. D'autre part, la substance soluble ayant été injectée plusieurs jours avant l'inoculation de la culture complète, les animaux inoculés ont succombé beaucoup plus vite que les lapins témoins.

M. Couvreur a entrepris *l'étude des troubles de la fonction glycogénique du foie* consécutifs à la section des nerfs vagues chez les oiseaux et chez les grenouilles. et il a conclu de ses recherches que la glycosurie observée dans ces cas était de même ordre que celle qu'on observe au cours de l'asphyxie, quelle que soit sa cause, que c'était un simple phénomène asphyxique. A.-H. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 mars 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Duplay donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Kirmisson sur le *traitement du pied plat par l'opération d'Ogston.* Malgré le succès obtenu par M. Kirmisson, l'orateur ne pense pas que la résection de la tête de l'astragale doive constituer l'opération de choix, et croit même que le pied plat ne serait jamais justiciable d'une opération sanglante s'il était convenablement traité de bonne heure, la déformation n'etant d'abord que passagère pour devenir à la longue seulement irréductible. Ce n'est que dans les cas anciens et graves, réfractaires à tout traitement ordinaire, qu'on peut recourir à une opération sanglante. C'est alors que l'opération d'Ogston se présente comme la plus rationnelle et la plus facile, surtout si on remplace l'enchevillement de l'astragale et du scaphoïde par une simple suture métallique, comme le conseille le rapporteur. En outre, il faut combattre par l'électrisation l'impotence du long péronier latéral et des autres muscles destinés à maintenir la forme du pied si l'on veut assurer la persistance des résultats obtenus.

M. Le Roy de Méricourt rapporte un nouveau *traitement de la fièvre jaune par la « chambre polaire »,* dû au Dr Garcia (de Santiago). Il enferme les malades dans une caisse à doubles parois appelée chambre polaire. On remplit progressivement de glace l'espace compris entre les deux parois, jusqu'à ce que la température de la chambre tombe de + 10° à 0°. Le malade est en même temps maintenu à une diète sévère. D'après l'auteur, le froid stériliserait l'air de la chambre et opérerait ainsi le lavage du sang. Les malades n'éprouvent pas la soif que produit ordinairement la fièvre. Enfin, comme résultats, sur vingt malades soumis à ce traitement, deux seulement ont succombé.

Elections de deux associés étrangers.— 1re *Election*: Sur 51 votants, obtiennent MM. Deroubaix (de Bruxelles), 46 voix (Elu); Spencer Wells (de Londres), 4; Bulletin blanc, 1.— 2e *Election*: M. Spencer Wells est élu à l'unanimité des 47 votants. P. S.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 20 *mars* 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Maisonneuve présente un malade atteint de l'affection si bien décrite par M. Marie. En quelques mots voici l'histoire du sujet présenté. C'est un Alsacien âgé de 37 ans. Il n'a jamais été malade, au contraire, sa vigueur était au-dessus de la moyenne, il portait facilement 150 kilog. sur les épaules et 35 kilog. à bras tendus. Les fonctions de tous les organes étaient parfaites et la vue excellente. A 22 ans, il se maria, eut quatre enfants bien portants et très vigoureux. C'est seulement vers l'âge de 24 ans qu'il s'aperçut que sa tête, ses mains et ses pieds grossissaient sensiblement: Chaque année, il était obligé de prendre des formes de chapeaux de plus en plus grandes. A 28 ans, il fut pris de céphalalgies intenses. Ses maux de tête durèrent à peu près sans interruption pendant 6 ans, pour s'atténuer ensuite. Vers 34 ans, des douleurs rhumatismales apparurent dans les deux épaules. Il y a sept ans, il eut à l'œil droit un ulcère cornéen qui a laissé une taie. Depuis quelques jours, il est atteint à l'œil gauche d'une kératite ulcéreuse. En résumé, la maladie de ce garçon s'est développée d'une façon lente et insidieuse. Depuis 3 ans, l'état est stationnaire et aujourd'hui, voici ce qu'on remarque. L'aspect est caractéristique: le teint cireux, la tête énorme, l'exophtalmie considérable. La voix est grave, le nez épaté, les lèvres épaisses. Les mains sont massives, presque carrées, avec les doigts en forme de boudin. Même aspect massif aux extrémités inférieures. Il mesure 1m67 et pèse 100 kilogr., alors qu'à 22 ans il ne mesurait que 1m62 et ne pesait que 70 kilogr. La sensibilité est intacte partout, seuls les réflexes patellaires ont disparu. Les fonctions génitales existent toujours, mais diminuées. Les pupilles, presque insensibles à la lumière, réagissent encore à l'accommodation. On observe une légère douleur quand on presse d'avant en arrière sur le globe oculaire. En somme, l'étiologie de l'acromégalie, dont ce malade est un type parfait, reste toujours très obscure. Les antécédents n'apportent aucune lumière à ce sujet; ce garçon n'est pas syphilitique; ses parents sont morts tous deux à 60 ans de causes indéterminées. Il a treize frères et sœurs tous bien portants. Le seul fait remarquable à noter, c'est que les douleurs rhumatismales sont apparues dans les deux épaules il y a 3 ans, c'est-à-dire au moment où son état est devenu stationnaire.

M. Petit a observé un cas analogue chez une cuisinière. Depuis sept ou huit ans, ses mains et sa face ont augmenté dans des proportions considérables. Le dé à coudre dont elle se servait primitivement a du être remplacé par d'autres dés de plus en plus grands et aujourd'hui, elle est obligée de se servir d'une sorte de petit gobelet.

La Société se forme en comité secret. Dr A. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 *mars* 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Reclus, comme M. Segond, considère l'hystérectomie vaginale préliminaire comme indiquée dans tous les cas d'altération des annexes bilatérales. Ces lésions peuvent se diviser en trois catégories: 1° pelvi-péritonites; 2° ovaro-salpingites volumineuses et adhérentes; 3° salpingites peu volumineuses. Dans le traitement des *lésions du premier groupe*, tous les chirurgiens sont d'accord pour avouer l'insuffisance de la laparotomie et même ses dangers. M. Reclus a fait trois laparotomies pour des cas semblables, avec 2 morts, au bout de 4 et de 6 mois, avec des lésions hépatiques et rénales suites de la suppuration prolongée. Dans un troisième cas, il persiste une fistule intarissable. En somme, dans ces pelvi-péritonites suppurées qui nécessitent une décortication du petit bassin, la laparotomie doit être remplacée par la voie vaginale avec hystérectomie préalable. Dans les *ovaro-salpingites* suppurées, volumineuses, doubles et très adhérentes, l'hystérectomie vaginale préliminaire est indiquée, car elle est aussi facile que la laparotomie et aussi complète. Ces cas nécessitent un drainage, or M. Reclus préfère le drainage direct inférieur par la voie vaginale à celui de la paroi abdominale antérieure. En opérant de cette façon une jeune femme qui présentait une volumineuse suppuration des annexes à gauche, une moindre à droite, M. Reclus obtint un résultat excellent; actuellement, au 12e jour, la malade est guérie. Dans les *lésions des annexes* peu volumineuses pyo-salpingites, dégénérescences des ovaires, etc, M. Reclus n'accepte l'hystérectomie vaginale préliminaire que si on est sûr de la *bilatéralité* des lésions, et les deux ovaires détruits pour la ponction. Mais ce diagnostic étant souvent très difficile dans ces cas, la laparotomie restera encore l'opération de choix dans les cas douteux. En somme, M. Reclus conclut que: 1° Dans les pelvi-péritonites suppurées, l'hystérectomie vaginale préliminaire donne seule des résultats durables; 2° Dans les salpingites très volumineuses et adhérentes, l'opération qui offre le plus de sécurité opératoire c'est l'hystérectomie vaginale, elle sera donc l'opération de choix; 3° Enfin dans les tumeurs peu volumineuses et dont le diagnostic est incertain, la laparotomie reste indiquée.

M. Lafond. — Les chirurgiens qui ont discuté son opération peuvent se diviser en trois groupes: 1° Ceux qui l'acceptent sans résection, comme M. Reclus, car, dans les cas de diagnostic douteux, M. Segond préfère aussi la laparotomie. 2° Ceux qui la rejettent absolument comme M. Pozzi. M. Lafond aime espérer que M. Pozzi reviendra sur son opinion exclusive. Quand il aura pratiqué, par lui-même, non pas l'hystérectomie vaginale type, mais le morcellement de l'utérus tel qu'il doit être pratiqué dans ces cas; de plus, quand il aura vu les malades opérées par cette voie, il pourra se convaincre des excellents résultats obtenus. 3° Enfin, ceux qui l'acceptent pour certains cas déterminés, comme MM. Terrier, Lucas-Championnière, Bouilly, etc., M. Lafond ne répondra qu'à l'argumentation de M. Terrier. Ce dernier a divisé les observations en 4 groupes: 1° Femmes ayant subi une laparotomie antérieure et ayant une récidive; dans ces cas, tous, M. Pozzi même, sont d'accord pour voir dans l'hystérectomie vaginale préliminaire la seule voie opératoire possible. 2° Les suppurations péri-utérines avec *pelvi-péritonite* et utérus fixé au-dessous d'un dôme d'adhérences (Richelot). Ici encore, la seule opération (Terrier), la meilleure opération (Bouilly) serait l'opération de Péan. Donc, pour ces cas encore, c'est l'opération de choix. 3° Dans les cas de *poches purulentes péri-utérines énucléables* par la laparotomie, seul M Terrier accepte la discussion entre la laparotomie qui lui paraît meilleure, et la voie vaginale après hystérectomie préliminaire. Les arguments de M. Segond, pour légitimer sa préférence pour cette dernière voie, sont les suivants:

a). La *cicatrice abdominale*: petite elle ne gênera pas, mais grande, elle pourra devenir l'occasion d'une hernie à son niveau, ce qui arriva chez une jeune fille qu'il opéra par cette voie, et qui à la suite d'un traumatisme eut une hernie au niveau de la cicatrice abdominale.

b). Le *pronostic immédiat* ne peut être basé sur ses 23 opérations avec 4 morts; car actuellement on peut y ajouter un certain nombre de cas d'autres chirurgiens: Reclus, Peyrot, etc., terminés tous par la guérison. De plus, dans les cas graves, la mortalité serait la même pour la laparotomie et pour l'opération de M. Segond, qui eut 3 morts sur 7 opérations. Ce qui prouve que l'opération de M. Segond doit être moins grave, c'est que les adhérences viscérales (intestinales) qui sont la grande gravité dans la laparotomie, sont respectées dans l'hystérotomie vaginale.

c). Le *pronostic tardif* paraît être meilleur à la suite de son opération; mais il faut attendre un certain temps pour pouvoir être édifié complètement sur ce point.

d). Les *difficultés opératoires* existent-elles? Seul M. Reclus dit qu'elle n'est pas difficile. M. Segond avoue qu'elle est, au contraire, très difficile; et si on veut avoir des bons résultats, il ne faut la pratiquer qu'après l'avoir vu pratiquer et si on a une grande habitude de la gynécologie opératoire. M. Pozzi avait qualifié cette opération d'aveugle et de dramatique. Si on fait le morcellement de l'utérus et si on ne coupe que ce qu'on

voit ce qui doit être la règle absolue, l'opération n'est ni aveugle ni dramatique; si au contraire, on ne voit pas ce qu'on fait, elle devient impossible. Quelquefois elle sera incomplète, mais comme il en serait de même si on abordait les annexes par la laparotomie, M. Segond préfère même dans ces cas l'hystérectomie vaginale.

4° Dans les cas de lésions des annexes non suppurées, ovarites scléreuses, etc., tous les orateurs se sont montrés hostiles à leur opération par la voie vaginale, après hystérectomie préliminaire. Or, dans ces cas, la laparotomie, comme l'a dit M. Bouilly, donne des résultats tardifs très mauvais, et, si un jour les résultats tardifs de l'opération par la voie préconisée par MM. Péan et Segond sont reconnus meilleurs que ceux obtenus par la voie abdominale, alors on sera bien forcé d'y revenir. C'est ce qui arrivera probablement, mais il faut attendre que le temps fasse son œuvre.

En terminant, M. Segond répond à deux arguments donnés contre son opération : Le premier, c'est celui de la dépopulation de la France, invoqué par M. Bazy et d'autres ; mais, comme M. Segond ne préconise son opération que dans les cas de diagnostic certain, on n'enlèvera jamais les organes ayant encore un rôle physiologique à remplir. Enfin on a objecté les difficultés de diagnostic dans nombre de cas; dans les cas douteux, c'est à la laparotomie qu'on doit avoir recours. mais si les lésions bilatérales sont constatées, quelqu'en soit la nature, l'hystérectomie vaginale préliminaire sera préférable.

M. Nélaton fait un rapport sur un travail intitulé: *Traitement des adénopathies tuberculeuses par l'injection du naphtol camphré*, de M. Reboul (de Marseille). M. Reboul a obtenu 21 guérisons sur 27 cas traités de cette manière ; en injectant 7 à 8 gouttes de naphtol camphré tous les 8 jours, soit directement dans le centre du ganglion si le ganglion est induré, soit après en avoir évacué le contenu s'il est ramolli. M. Nélaton a vu dans un cas une rétrocession complète d'un ganglion tuberculeux, obtenu par une simple application directe d'un t mpon d'ouate imbibé de naphtol camphré, à travers une ulcération de la peau due à une injection d'éther iodoformé. Donc le naphtol camphré n'agit pas seulement en injection interstitielle, mais aussi par simple absorption à distance. Son absorption rapide a été du reste démontrée, on a trouvé au bout de 24 heures cette substance dans les urines.

M. Regnier présente une canule pour la gastrostomie et un dilatateur spécial pour le traitement des fissures à l'anus.

M. Bouilly montre une vésicule biliaire bourrée de calculs qu'il a enlevée samedi dernier après un diagnostic précis.

Jonnesco.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 *mars* 1891. — Présidence de M. Vigier.

M. Piédallue présente *un vin soi-disant de quinquina*, ayant produit 3 empoisonnements au Raincy. — Ce vin avait été apporté de Paris. Une des malades avait pris quelques jours avant de ce vin et des troubles cardiaques qu'elle présentait avaient augmenté; la malade mourut quelques jours après. Une voisine et plusieurs autres personnes qui burent ce vin se trouvèrent malades ; trois d'entre elles moururent. Des individus furent pris de collapsus, de vomissements, de diarrhée, de décoloration des téguments, de refroidissement des extrémités avec demi-dilatation de la pupille ; engourdissement et sensation de gonflement des membres. La mort a eu lieu chez les victimes deux heures environ après l'ingestion. On a saisi des échantillons de ce vin.

M. Bardet. — Il faut savoir si le vin a été mal préparé par le pharmacien qui a pu y ajouter par erreur une teinture toxique, ou bien si une main criminelle y a introduit une substance dangereuse.

M. C. Paul. — Il est intéressant avant tout de savoir quelle substance toxique est contenue dans ce vin.

M. Piédallue. — J'ai pensé qu'il contenait de l'extrait de digitale ou d'aconit.

M. C. Paul lit une note sur le *régime alimentaire dans la glycosurie*. La glycosurie n'est qu'un symptôme dont la cause constitue le plus ou moins de gravité. C'est quelquefois un signe de bonne santé; on la retrouve chez les nourrices. Si celles-ci sont atteintes d'une maladie, la glycosurie cesse. La glycosurie se montre à la fin de la grossesse et chez les accouchées. Si la sécrétion du lait est abondante, elle est constante. Ce n'est donc pas une maladie, mais un trouble de l'état normal.

Dans la glycosurie, la quantité de sucre est très variable ; elle augmente pendant la digestion et change souvent d'un jour à l'autre. Moins la quantité de sucre est variable, plus la glycosurie est grave. La glycosurie est parfois due à ce que les individus mangent trop. En modérant leur régime, la glycosurie disparaît rapidement et complètement. Certains individus sont glycosuriques parce qu'ils mangent mal : ceux dont la salivation se fait mal, qui mangent trop vite, qui manquent de dents, qui ont des soucis, enfin ceux qui ont une vie sédentaire. Chez ces malades, il faut proscrire les aliments sucrés et s'ils supportent ceci difficilement on leur donne de la saccharine. On ordonne le pain de gluten (difficile à mastiquer), la croûte de pain. La diète graisseuse peut être supportée longtemps, si on la varie. Il faut ne pas donner trop d'alcooliques et pas de glycérine aux glycosuriques. Ce que les malades demandent, c'est de ne pas pisser de sucre, sans se priver de matières sucrées. Si on donne à un malade de l'oseille, des tomates et des matières féculentes, le lendemain le malade urinera de l'acide oxalique ou bien du sucre. Dans les formes moyennes de la glycosurie, par le régime, le sucre diminue, puis à un moment donné, le taux reste le même. Il en est de même pour le traitement par les eaux minérales. Dans les formes graves du diabète, malgré le régime, le sucre ne diminue pas dans l'urine. J'ai vu dans un cas le taux du sucre diminuer graduellement pendant 2 ans, malgré l'aggravation des symptômes.

M. Patin. — On a soutenu que l'urine normale contenait du sucre, il est presque certain qu'elle n'en contient pas. Pour s'assurer de cette quantité infinitésimale on a employé des réactifs qui agissent sur d'autres substances, d'où cause d'erreur. Il est difficile de comprendre que les nourrices aient du glycose dans l'urine, quand le sucre qui existe dans le lait est de la lactose. Je ne sais pas si dans l'organisme, l'oxydation du glycose en acide oxalique peut se faire. Dans le fait de M. C. Paul, le malade avait mangé des substances contenant de l'acide oxalique qui passe dans l'urine.

M. C. Paul. — Le sucre dans l'urine normale est en très petite quantité, mais on en peut reconnaître. C'est un fait très fréquent de trouver du glycose dans l'urine des nourrices. Je maintiens que sous l'action de l'acide oxalique, le sucre diminue dans l'urine.

M. Berlioz. — Pour rechercher le sucre dans l'urine normale, on s'est servi d'un réactif à la phényl hydrargine (réactif de Fischer), qui donna très facilement la réaction du sucre. J'ai essayé ce réactif en comparaison avec d'autres réactifs, et, dans des urines ne contenant pas de sucre, nous avons observé la réaction du glycose. Ce réactif est donc incertain. J'ai examiné très souvent des urines de femmes enceintes, j'ai reconnu très rarement la présence du sucre dans l'urine. La lactose ne passe pas dans l'urine ; on retrouve une quantité équivalente de glycose.

M. Bardet. — Il y a un certain intérêt à connaître la présence de petites quantités de sucre dans l'urine. Les excès vénériens produisent ce fait. Chez les jeunes gens, il faut de véritables excès pour le constater, tandis que chez les individus d'un âge mur, le coït régulier l'entraîne. Ceci est encore plus manifeste chez les individus nerveux. Chez 2 diabétiques, j'ai observé l'augmentation du sucre à la suite du coït.

M. Berlioz. — Il y a des urines qui donnent une réaction avec la liqueur de Fehling et devient la lumière polarisée à gauche et non à droite. Ces urines contiennent des substances autres que le glycose.

M. Beauvais. — Le pain sans mie est indigeste.

M. Boymond. — L'urolitine agit sur la liqueur de Fehling.

M. Grellety. — Les diabétiques sont très sensibles du côté du poumon. Il est rare que les diabétiques, même avec peu de sucre dans l'urine, ne meurent pas d'une lésion pulmonaire. J'ai observé, comme M. Bardet, une augmentation de sucre dans les urines après les excès de coït. Il faut défendre aux malades le jeu, les excitations nerveuses, les fatigues

ntellectuelles. Il est nécessaire de veiller sur la dentition du diabétique (lavages de la bouche, soigner les dents). Les eaux de Vichy ne fatiguent pas les malades. A. RAOULT.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 19 mars 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. LABORDE, en présentant une brochure du Dr Thuilier sur la colonisation par les enfants assistés, notamment en Algérie, appelle tout spécialement l'attention sur ce sujet plein d'intérêt et d'avenir.

M. O. BEAUREGARD cite, avec textes à l'appui, la série des auteurs anciens qui se sont occupés directement ou incidemment des Samanéens et des Brahmanes.

M. LEGRAIN présente des photographies des monuments mégalithiques de Coing.

M. Ch. DU PASQUIER fait une communication sur la fixité de l'espèce. Il discute la valeur ontogénique et phylogénique des caractères ainsi que la possibilité de leur spécification dans l'évolution.

M. G. CAPUS donne lecture d'une étude de M. ZELLE sur la tribu des Maporais. Ce groupe ethnique, très peu nombreux, s'est installé à Mapor, dans l'île de Banka (Malaisie), en gardant, depuis des temps indéterminés, des mœurs et des institutions sociales et religieuses rudimentaires, très différentes de celles de leurs voisins malais. Ils sont forcés de pratiquer le rapt pour se marier, ne savent pas compter au delà des dix doigts, n'ont aucune fortune ni héritage ; ayant à peine une conception vague de l'abstraction, ils présentent, sans besoins ni initiative de perfectionnement, d'ailleurs inoffensifs, l'exemple d'une tribu à l'état végétatif que l'absence de fauves compétiteurs dans les forêts de l'île abandonne aux conséquences d'arrêt de développement par défaut de lutte.

M. MANOUVRIER développe son travail sur l'*évolution de la taille d'après la longueur des os*. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette étude intéressante pour la science médicale. M. BERTILLON regrette que l'auteur ait remplacé les termes si justes d'échassiers et de courtes-cuisses par ceux de *macroskélides* et de *brachyskélides*. M. Manouvrier invoque le bénéfice du langage scientifique international. Il cite encore la critique d'un de ses correspondants lui reprochant d'avoir signalé l'absence d' « échassiers » dans un pays où beaucoup d'habitants font usage d'échasses !

M. FAUVELLE lit une étude très franche sur l'influence trop souvent déprimante que la valeur insuffisante des reproducteurs exerce sur la repopulation. Il compare les procédés et les conditions en usage à ceux que mettent en pratique les zootechniciens et regrette la différence existante. Il conviendrait, pour le bien du produit, de donner, en partie par l'éducation, plus de valeur morale et physique à certains reproducteurs, y compris les filles qui sortent du couvent pour aller à l'autel.

M. CHERVIN, répondant à une communication antérieure de M. Bertillon, estime, contrairement à l'opinion exprimée par M. Bertillon, que la question fiscale ne joue pas un rôle considérable dans la dépopulation de la France. Il cite, à l'appui de sa thèse, les chiffres suivants se rapportant au nombre moyen d'enfants des ménages en Algérie. Mariages monogames : 2,31 dans les territoires civils, 1,86 dans les territoires de commandement, total : 2,25. Mariages polygames : 3,06 territ. civils, 1,87 territ. de commandement, total 2,64. Or, en France, où les charges fiscales sont bien plus considérables, le chiffre est de 2,14.

M. G. DE MORTILLET signale les résultats des fouilles que M. Moreau a pratiquées dans l'Aisne. Il a découvert des ossements mérovingiens et gaulois. Quelques-unes de ces pièces sont recouvertes d'une sorte de vernis de bronze local. Le vert-de-gris apposé en a assuré la conservation et permet en outre d'en déterminer l'époque. M. de Mortillet annonce à la Société que, pendant les vacances de Pâques, il dirigera, avec le bienveillant concours de ses collègues belges, une excursion anthropologique en Belgique. On visitera, outre les principaux musées, les grottes de Spy, le fameux pèlerinage d Saint-Hubert, etc. G. CAPUS.

REVUE DE CHIRURGIE

V. — Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée ; par le Dr ROUX. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, avril 1890).

VI. — Sarcome de la langue ; par E. MERCIER. (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1890).

VII. — De l'anesthésie locale par injection de cocaïne et du bon effet de la bande d'Esmarch ; par le Dr KUMMER. (*Revue méd. de la Suisse romande*, mai 1890).

VIII. — Extraction d'une aiguille à coudre, localisée par le procédé de l'aimantation ; par le Dr E. KUMMER. (*Revue méd. de la Suisse romande*, avril 1890).

IX. — Carcinome de l'intestin grêle. Jéjuno-jéjunostomie ; par J.-R. COMTE. (*Revue méd. de la Suisse romande*, juin 1890).

X. — Pincement herniaire. Opération. Guérison ; par J.-L. REVERDIN. (*Revue méd. de la Suisse romande*, n° 9, 189).

XI. — Sur les complications chirurgicales de l'influenza.

XII. — Sur la ligature intrapéritonéale du pédicule dans l'hystéro-myomectomie ; par le Pr KOCHER (de Berne).

XIII. — De l'hystéropexie vaginale et abdominale dans les rétrodéviations utérines ; par le Dr A. DEBRUNNER (de Frauenfeld).

XIV. — Triple résection intestinale ; par le Dr KOCHER (de Berne).

XV. — Cholélithothrepsie suivie de guérison dans un cas d'oblitération du canal cholédoque ; par le Pr KOCHER.

V. — L'intéressant travail du professeur lausannois est un plaidoyer énergique en faveur de l'intervention chirurgicale dans le traitement de la pérityphlite suppurée et de l'appendicite perforatrice. L'analyse des 26 cas, qui lui sont personnels, fournit d'ailleurs des arguments indiscutables pour la cause qu'il défend. Il a pratiqué 18 fois l'incision de la paroi abdominale et provoqué l'évacuation du pus. 16 fois la guérison a été parfaite. Dans les deux cas de mort, l'intervention avait été retardée et l'autopsie démontra qu'il existait déjà une péritonite suppurée antérieure à l'opération. Dans 8 autres cas, l'opération n'a pas été pratiquée ; 4 de ces malades sont morts, 4 autres ont guéri. Ce sont là des faits qui nous paraissent supérieurs à toute discussion.

En dehors du côté purement chirurgical de cette étude, le Dr Roux s'est attaché à démontrer la facilité du diagnostic de la pérityphlite suppurée et surtout de la pérityphlite perforatrice avec les autres maladies de la fosse iliaque droite. La seule indication chirurgicale, une fois le diagnostic posé, c'est l'évacuation du pus pour prévenir la perforation dans le péritoine. De toutes manières, le traitement médical doit être l'expectation sans armes, abstraction faite de l'opium dont la valeur est très relative.

La résection de l'appendice vermiculaire, urgente dans de bonnes conditions, est subordonnée à l'état du malade. Elle est indiquée toutes les fois qu'une appendicite récidive. L'incision oblique illiaque prolongée doit donc être substituée à la médication interne dans toutes les formes de pérityphlite suppurée. Elle doit être pratiquée au début lorsque la pérityphlite simule une péritonite d'emblée, dans le cours de l'affection lorsque l'état local étant masqué par le météorisme, on assiste à une aggravation sérieuse de l'état général et que l'on constate les signes fonctionnels qui accompagnent la formation de l'abcès. Si le météorisme fait défaut, la constatation d'une tuméfaction douloureuse circonscrite ou d'un empâtement diffus avec infiltration de la paroi du cœcum, seront une indication suffisante pour l'incision. Même à la période ultime, on n'abandonnera en aucun cas à l'évacuation spontanée un abcès palpable et fluctuant.

VI. — Cette observation a trait à un homme de 36 ans, qui présentait au voisinage de la pointe de la langue une tumeur sessile indolente, de consistance dure et du volume d'une grosse noix. La tumeur a été enlevée et l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

VII. — M. le Dr KUMMER a obtenu de bons résultats en utilisant la bande d'Esmarch dans l'anesthésie locale par la cocaïne. C'est surtout pour les opérations faites sur les doigts ou les orteils que ce procédé est applicable. Il a pour effet de rendre l'anesthésie plus complète, avec des doses plus faibles

et d'éviter les accidents dus à la résorption rapide de la cocaïne. Par ce moyen, il suffit d'une injection de 0,05 grammes au maximum chez l'adulte et de 0,01 gramme chez l'enfant, pour obtenir une anesthésie superficielle et profonde d'un doigt, par exemple. La bande d'Esmarch est placée à la base de la phalange.

VIII.—Un fragment d'aiguille à coudre avait été violemment enfoncé au voisinage du genou droit. Au moment où la malade vint consulter pour des phénomènes douloureux, il était impossible de localiser le siège de l'aiguille. Dans ce but, on plaça un électro-aimant près du genou de la malade, puis après avoir ainsi aimanté le fragment métallique, on arriva à en localiser le siège et la direction à l'aide d'une aiguille de boussole, fraîchement aimantée, qui démontra l'existence d'un point régulier d'attraction à la face interne du genou. L'incision faite en ce point fait découvrir le corps étranger situé dans l'épaisseur de la capsule articulaire entre la synoviale et la capsule fibreuse.

IX. — Ce fait concerne un malade de 64 ans qui présente depuis un an une constipation opiniâtre, des douleurs violentes survenant après le repas et siégeant à l'épigastre, et chez lequel on sentait à la palpation une tumeur bosselée située dans le côté gauche de l'abdomen à un travers de main au-dessus du ligament de Poupart. La cachexie était assez marquée. Le liquide stomacal ne contenait pas d'acide chlorhydrique libre. Absence complète du ballonnement. On pratiqua la laparotomie et l'on constata que l'intestin grêle est envahi sur une étendue de 25 centimètres par une infiltration carcinomateuse qui le transformait en un cylindre rigide. Le bout périphérique de l'intestin grêle en dehors de la tumeur fut alors réuni, au bout central par une double rangée de sutures au catgut et de telle manière que l'axe des deux segments se croisait à angle aigu. Les résultats opératoires ont été excellents. Pendant 5 jours, ingestion de glace et de pillules d'opium ; abstention complète d'aliments. 4 jours après l'opération, le malade rend des gaz par l'anus et il a spontanément une selle liquide. L'appétit revient, l'état général s'améliore, mais la tumeur augmente et 4 mois après l'opération, les douleurs reparaissent, l'inappétence redevient complète et le malade meurt de cachexie 8 mois après l'intervention chirurgicale. A l'autopsie, on trouve l'intestin perméable au niveau de l'anastomose et l'endroit correspondant à celle-ci, loin d'être rétréci, forme une sorte de poche plus grande que le calibre des deux bouts afférents et efférents. — La tumeur forme une masse du volume de la tête d'un enfant, adhérente à la colonne vertébrale et entourant l'aorte. Il s'agit d'un épithéliome à cellules cylindriques.

M. Comte pense que l'anastomose intestinale doit être préféré à l'anus contre nature dans le cas de cancer de l'intestin grêle. S'il s'agit du gros intestin, on pourra s'adresser à l'une ou l'autre de ces interventions. Quant à la résection de l'intestin carcinomateux, elle donne des résultats déplorables.

X. — Ce fait a trait à une femme de 52 ans qui présentait une hernie crurale. A deux reprises différentes, elle accuse du malaise, des coliques assez vives, et la tumeur herniaire augmente, mais il n'existe ni nausées, ni ballonnement. Sous l'influence d'un purgatif, la malade rend une selle. On porte cependant le diagnostic d'étranglement herniaire et l'on pratique l incision de la paroi abdominale. On trouve un sac mince que l'on ouvre et d'où s'écoule une sérosité jaune, limpide, sans odeur. On voit alors une masse violacée, foncée présentant une sorte de pli vertical; on y reconnaît une anse incomplète d'intestin grêle. En débridant le collet, l'intestin rentre spontanément dans l'abdomen et il est impossible de le rattraper. On termina l'opération par une cure radicale. La guérison est survenue rapidement, cependant 6 mois après, la hernie s'est reproduite, mais les accidents n'ont pas reparu. Le pincement latéral de l'intestin est ordinairement grave. Il est donc important de savoir qu'il peut exister et que l'intervention doit être aussi hâtive que possible.

XI. — Walker rapporte 5 cas d'affections chirurgicales consécutives à l'influenza. Un cas d'ostéomyélite du tibia, un cas de périnéphrite suppurative, un cas de phlébite crurale avec pyelonéphrose, et enfin un cas de périostite fémorale suivi de vaginalite suppurative. — (*Corr. blatt f. Schw. Arzte* nº 15, 1890.)

XII. — Dans 5 opérations de fibromes, de cysto-fibromes et de sarcome de l'utérus, Kocher a pratiqué la ligature en masse de l'utérus au niveau du col, par la voie intrapéritonéale, comme s'il s'agissait de la ligature du pédicule d'un kyste ovarien. Cette ligature est pratiquée à l'aide d'un gros fil de soie aseptique (Kocher n'utilise que la soie pour toutes ses sutures et ligatures) qui est laissé en place. Cette ligature en masse est précédée de la ligature des ligaments larges jusqu'au voisinage immédiat du col utérin. Lorsque même il existe un fibrome cervical, on peut pratiquer la ligature seulement pendant l'énucléation du fibrome, on confie les deux bouts du fil à un aide qui doit les tendre fortement. Après l'amputation du corps de l'utérus et de ses annexes, on cautérise au thermocautère les lèvres de la plaie correspondant à la cavité du col utérin, de manière à détruire les microbes qui pourraient s'y trouver. La ligature en masse à l'aide du fil de soie a sur la ligature élastique temporaire l'énorme avantage de déterminer l'occlusion rapide du canal cervical. En plus, la cicatrisation du pédicule est très rapide et on est beaucoup moins exposé aux hémorrhagies du pédicule qu'avec la ligature élastique. — (*Corresp. bl. für Schw. Aerzte.* Nº 13, 1890.)

XIII.—Dans 12 cas où Debrunner a pratiqué la fixation vaginale de l'utérus en rétroversion, d'après le procédé de Schücking, 8 fois la réussite a été complète. Chez quatre opérées l'utérus revint à sa position antérieure immédiatement ou quelques semaines après la section du fil. Les 3 cas d'hystéropexie abdominale ont tous trois été suivis d'une guérison parfaite. — (*Correspond. bl. f. Schw. Aerzte.* Nº 11, 1890.)

XIV.—Il s'agit d'un malade, âgé de 63 ans, chez lequel on constatait à la palpation une tumeur abdominale s'étendant de la symphyse pubienne jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic et atteignant en largeur la partie moyenne du ligament de Poupart. Cette tumeur avait une consistance assez dure et une mobilité très nette. Le début de l'affection avait été marqué par des coliques abdominales survenant deux heures après les repas. Les selles étaient régulières et de consistance normale. On porta le diagnostic de carcinome de l'S iliaque. On pratique la laparotomie et l'on constate alors que la tumeur, du volume d'une tête d'enfant, a débuté au niveau de l'S iliaque, mais qu'elle a envahi et perforé deux anses de l'intestin grêle. On résèque alors les deux anses intestinales, puis l'S iliaque en suturant les bouts de chaque anse réséquée et l'on extirpe la tumeur. 7 jours après, on enlève les sutures intestinales. Le 9[e] jour le malade a une selle normale. A partir de ce jour, la guérison marche rapidement et le malade quitte l hôpital 2 mois après l'intervention. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait bien là d'un épithélioma de l'S iliaque. — (*Corresp. bl. für Schw. Aerzte.* Nº 4, 1890.)

XV.— Kocher a pratiqué la cholélithothripsie dans un cas où l'indication était formelle, la vésicule biliaire faisant défaut et le canal cholédoque étant oblitéré par un calcul, on ne pouvait songer à la cholécystectomie ou à la cholédochoduodénostomie. Le malade était âgé de 52 ans et il avait souffert à différentes reprises de coliques hépatiques suivies d'ictère. A l'époque de l'opération, le malade présentait un ictère biliphérique intense qui durait depuis assez longtemps sans phénomènes généraux très marqués. Le foie était gros, il dépassait de 4 travers de doigt le rebord costal ; on ne sentait pas la vésicule biliaire. On incise la paroi abdominale au niveau de l'hypochondre droit. La vésicule biliaire n'existe plus, à sa place se trouvent des tractus conjonctifs. Le canal cholédoque est dilaté et l'on sent des calculs dans sa cavité. Une pression énergique entre le pouce et l'index suffit à écraser ces deux calculs. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Pas d'élévation thermique ; diminution progressive de l'ictère et de l'hépatomégalie, coloration des selles. Le malade a été examiné 6 mois après l'opération. L'état général est parfait et il n'a pas eu de nouvelles crises hépatiques. Le foie a repris ses dimensions normales. — (*Corresp. Bl. für Schw. Aerzte.* Nº 4, 1890.)

V. MORAX.

THÉRAPEUTIQUE

L'Hydrothérapie à domicile ;

par le Dr J. LIMPRITIS (d'Athènes).

L'hydrothérapie constitue aujourd'hui un agent thérapeutique des plus puissants, surtout contre les maladies chroniques et nerveuses. L'emploi de l'eau extérieurement comme moyen hygiénique et thérapeutique remonte à la plus haute antiquité. Dès le commencement de la civilisation, les peuples anciens s'en servaient sous des formes différentes. C'est à Hippocrate que nous devons les premières notions scientifiques sur son emploi ; l'hydrothérapie, comme science, commence avec lui. Mais elle ne fait que commencer, car ses successeurs l'ont tellement négligée qu'elle fut presque oubliée, et il faut arriver jusqu'à Asclépiade de Bithynie pour la voir renaître et se développer en vraie méthode thérapeutique. L'hydrothérapie négligée renaît et devient dans ses mains un moyen curatif des plus puissants, surtout contre les névroses. Introduite par lui à Rome, elle acquiert bientôt un grand développement. L'eau froide *intus* et *extra* et sous toute forme, eau chaude, bains de mer, étuves de toute espèce, etc., devient d'un emploi courant. Mais l'hydrothérapie n'a pas conservé longtemps cette place supérieure dans la thérapeutique, car, deux siècles plus tard, Galien ne s'en montre pas aussi enthousiaste que ses prédécesseurs,et moins encore que lui ses successeurs. De sorte que, pendant les longs siècles où régnait l'esprit galénique, l'hydrothérapie fut presque oubliée. C'est seulement au commencement de notre siècle qu'elle a pris sa place définitive dans la thérapeutique comme une méthode curative scientifique. Mais chose curieuse, avant de conquérir cette place honorable, il a fallu qu'un simple paysan, sans aucune éducation, sans aucune connaissance antérieure sur l'hydrothérapie, mais par contre doué d'un grand esprit d'observation et d'une forte intelligence, la rétablît et la généralisât. Je veux parler de Priessnitz. Imbu des idées de son temps, que toutes les maladies sont produites par un *materia peccans*, il conçoit l'idée de les expulser de l'organisme en le lavant pour ainsi dire par l'eau. Et ce lavage de l'organisme il prétendait le faire intérieurement par les voies urinaires au moyen de l'eau absorbée en grande quantité, et extérieurement au moyen de l'eau employée sous différentes formes par la voie cutanée. Il est inutile de décrire ici la méthode tout à fait empirique et grossière de Priessnitz, et de s'étendre sur la description de son établissement de Græfenberg. Cela diminuera peut-être l'honneur qui lui appartient d'être le fondateur de l'hydrothérapie d'aujourd'hui. Il nous suffit de dire que grand fut son succès, et que sa méthode, persécutée d'abord, puis méprisée, avait à la fin attiré l'attention du monde scientifique. D'abord grand nombre d'établissements, analogues à celui de Græfenberg et dirigés par ses disciples, empiriques comme lui, s'établissent partout. Mais l'hydrothérapie ne pouvait en rester là ; bientôt la science s'en empare, et d'empirique qu'elle était, elle devient *scientifique* et *rationnelle*

En 1846, Louis FLEURY institue le premier établissement hydrothérapique à Paris. Par des expériences suivies et une analyse des phénomènes physiologiques sur toutes les fonctions par les différents agents hydrothérapiques, et dans différentes circonstances, il conclut que *« l'eau appliquée à l'extérieur est la base de la méthode hydrothérapique »*, et que les douches froides sont l'agent hydrothérapique le plus important. Son établissement de Bellevue acquiert bientôt une grande réputation, et excite à en fonder d'autres. Un nombre important de ces établissements sont en France dirigés par des médecins, tandis que hors de France, en Allemagne surtout, beaucoup d'établissements sont encore aujourd'hui dirigés par des charlatans (voyez Franz B. Müller's *Hydrotherapie*, 1890). Mais les médecins qui dirigent les nouveaux établissements n'ont pas suivi servilement Louis Fleury, et des modifications importantes ont été introduites dans son système. A la douche froide, exclusivement employée par lui, vont se joindre la douche chaude et la douche mixte, écossaise ou alternative. L'action physiologique des douches est encore mieux étudiée, et leur application thérapeutique encore mieux déterminée. L'appareillage est plus développé, et en somme un nouveau progrès s'est accompli.

Néanmoins, l'hydrothérapie méthodique ne peut se faire encore aujourd'hui que dans des établissements spéciaux. Et ces établissements coûteux ne se trouvent que dans des grandes villes. Mais tout le monde n'est pas en état d'entreprendre un voyage pour s'y faire soigner, et même tous ceux qui habitent une ville où pareil établissement existe, ne sont pas toujours en état d'en profiter, ou parce que les moyens de s'y soigner leur manquent, ou parce que, pour différentes raisons, il ne peuvent sortir de chez eux pour y aller prendre leurs douches, comme par exemple dans les cas de maladies psychiques, où un isolement à domicile est nécessaire; d'autres enfin n'ont pas assez de temps disponible, surtout quand l'établissement est placé loin d'eux, pour y aller se doucher.

Pour suppléer à tous ces défauts, on a imaginé nombre d'appareils pour faire l'*hydrothérapie à domicile*. Les plus anciens et les plus simples de ces appareils consistent en un réservoir contenant de l'eau, placé à quelques mètres (3 ou 4) au dessus d'un bassin où le malade se tient nu et debout. Par un mécanisme quelconque, on laisse tomber sur lui cette eau, froide ordinairement, sous forme de pluie. Mais cette eau froide, ne jouissant presque d'aucune force de percussion, ne peut provoquer la réaction nécessaire, et fait glacer le plus souvent les malades. Pour augmenter cette force de percussion, il a fallu placer le réservoir d'eau beaucoup plus haut (8 à 12 mètres et plus) au-dessus du bassin. En ajoutant alors à la douche en pluie une douche en jet et un bain de siège, on obtenait une installation suppléant *à peu près* à un établissement hydrothérapique comme celui de Bellevue. Mais comme on le voit, pour obtenir cette installation coûteuse, il fallait qu'on possédât une maison à soi et à plusieurs étages. Pour obvier à cette difficulté, on a imaginé de remplacer la pression produite par hauteur, par une pression obtenue au moyen de l'air comprimé. On a alors construit des appareils plus ou moins ingénieux, basés sur ce principe. Mais tous ces appareils ont le grand défaut de ne pouvoir tenir une pression égale durant l'opération de doucher, car, à mesure que l'eau s'expulse, la pression tombe, en sorte que, vers la fin de l'opération, elle devient presque nulle. Ces espèces d'appareils à domicile ne donnent que des douches simples, froides ou chaudes; mais, par le progrès de l'hydrothérapie, les douches mixtes, écossaises ou alternatives, sont devenues d'un usage très répandu, leur emploi se multipliant de jour en jour. Par conséquent, pour satisfaire à ce besoin, il a fallu modifier les appareils à domicile. Ainsi, dans les appareils agissant au moyen d'une pression par hauteur, on a ajouté au réservoir de l'eau froide un autre à eau chaude. Cette eau est conduite aussi par un tuyau à un autre robinet. Le doucheur, ayant alors à sa disposition le robinet à eau froide et celui à eau chaude, fait emploi, suivant ses besoins, alternativement de l'un ou de l'autre pour obtenir une douche froide, chaude ou écossaise. Pareille modification a été appliquée dans les appareils à pression par air comprimé.

Enfin, une dernière perfection de ces appareils consiste dans l'union de deux robinets en un seul, robinet mélangeur dans lequel vient se mélanger l'eau chaude à l'eau froide dans des proportions différentes, pour donner pendant la douche une eau à température telle que le doucheur la désire. Mais ce robinet, semblable à celui de tous les établissements hydrothérapiques, a l'inconvénient de ne pas permettre au doucheur de pouvoir préciser exactement la température de l'eau qu'il projette, celle-ci étant évaluée par son toucher approximativement. Il est vrai que les doucheurs de profession, grâce à la grande habitude qu'ils ont contractée, se trompent peu sur la température de l'eau projetée, mais celui qui ne possède pas cette habitude, comme il arrive presque toujours à ceux qui font emploi d'un appareil à domicile, ne saurait se fier à son toucher, et aura besoin d'un moyen sûr pour préciser la température de l'eau qu'il va projeter. Mais, même un doucheur de profession trouvera préférable de la préciser d'une manière sûre et facile par un index quelconque, plutôt que par son toucher.

De ce que nous avons exposé sommairement sur les appareils à domicile, il résulte qu'aucun d'eux ne peut remplir les *desiderata* d'une bonne et saine *hydrothérapie à domicile.*

Seul, un appareil portatif à bas prix, pouvant donner pression et température suffisantes et constantes, et en même temps pouvant changer facilement pendant l'opération de doucher, selon le besoin, peut combler ces désidérata. Dans les appareils en usage, ou la pression est insuffisante, ou elle ne reste pas constante jusqu'à la fin de l'opération. Et si, pour obtenir une pression suffisante et uniforme, on installe un appareil à pression par hauteur, on n'a plus un appareil à domicile portatif et accessible à des bourses modestes. En même temps, le robinet mélangeur en usage est incomplet, comme nous l'avons montré plus haut, et il ne convient qu'aux établissements spéciaux où il y a des doucheurs expérimentés.

Pour obvier à tous ces inconvénients, nous avons imaginé un appareil remplissant tous les désidérata exposés plus haut. Par cet appareil, l'hydrothérapie se vulgarisera, et désormais chaque médecin pourra sans grands frais introduire l'hydrothérapie même dans les villages. Le riche ne sera plus obligé d'interrompre sa cure en allant à la campagne, et le pauvre jouira autant que lui des bénéfices de l'hydrothérapie.

L'appareil, dont le dessin est figuré ci-dessous, et qui est destiné à l'hydrothérapie à domicile, consiste en deux réservoirs métalliques A et B (1), hermétiquement fermés et communiquant entre eux par un robinet T

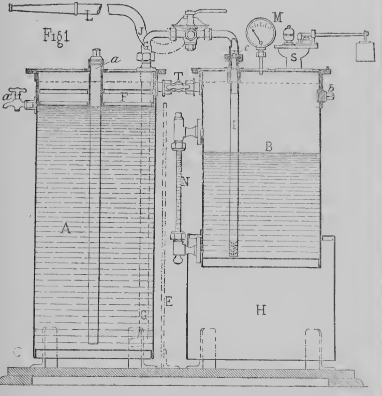


Fig. 22. — Appareil pour l'Hydrothérapie à domicile.

(voir *Fig.* 22). Le réservoir A est plein d'eau froide; l'autre, B, contient l'eau destinée à être chauffée pour produire la vapeur et la pression; c'est une sorte de générateur à vapeur. Assez fort pour subir une pression intérieure de plusieurs atmosphères, ce générateur est muni d'un manomètre M, d'une soupape de sûreté S et d'un indicateur de niveau d'eau N ; il peut être chauffé au charbon, au pétrole ou au gaz. L'autre réservoir porte intérieurement un flotteur F. Du fond de ces deux réservoirs, deux tuyaux G et I conduisent à un robinet mélangeur, représenté en élévation dans la *Fig.* 22 et en plan par la *Fig.* 23. Ce robinet porte dans son boisseau trois ouvertures : une pour l'eau froide, une autre pour l'eau bouillante, et une troisième par laquelle l'eau, froide ou chaude à une température déterminée, est projetée par le doucheur, avec une pression égale à celle développée dans le générateur, au moyen d'un tube flexible L, muni, à son

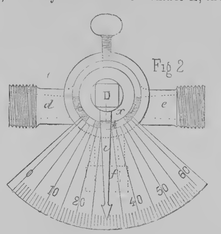


Fig. 23. — Détails du robinet mélangeur de l'appareil ci-dessus.

extrémité, d'une lance à bec ou à toute autre forme, selon la nature du jet dont on veut faire emploi. Un secteur gradué, mobile autour de la surface extérieure du boisseau contre laquelle il peut être fixé au point voulu, au moyen d'une vis (voir *Fig.* 23), sert à indiquer la température de l'eau projetée. Cette température, nous l'obtenons très exactement en tournant la clef du robinet, qui porte une aiguille évoluant en regard des graduations du secteur, comme il sera expliqué plus bas.

Pour abréger, nous n'indiquons ici que les particularités absolument nécessaires à la conception de l'appareil; nous ne donnons même pas tous les détails du robinet mélangeur, qui en est cependant la partie la plus originale; nous nous bornerons à une courte explication de son mode d'emploi.

D'abord, nous remplissons le générateur jusqu'à ce que l'eau monte au premier tiers du tube indicateur de niveau d'eau, dans les cas où nous voulons faire une douche froide, et jusqu'au deuxième tiers, si nous comptons faire une douche chaude ou écossaise. Puis, après avoir fermé le trou de remplissage, nous allumons le fourneau placé en H, et, au moment où le manomètre commence à monter, nous remplissons le réservoir d'eau froide, jusqu'à ce que cette eau commence à s'écouler par le robinet a' placé un peu au-dessous du couvercle. Nous fermons alors ce robinet et le trou de remplissage, et nous tournons le secteur mobile de manière que le degré indiquant la température de l'eau froide, et mesuré auparavant, corresponde au commencement de l'ouverture de l'eau chaude, indiqué par une ligne tracée sur le boisseau, et nous le fixons à ce point. Le manomètre a continué à monter pendant ces opérations, et bientôt la soupape de sûreté, réglée d avance à la pression dont nous avons besoin pour faire la douche (ordinairement 1 1/2 à 2 atmosphères), commence à siffler ; alors l'appareil est prêt.

Pour le faire fonctionner, nous ouvrons le robinet T de communication, et la vapeur, entrant dans le réservoir d'eau froide, exerce sa pression sur le flotteur ; nous attendons quelques secondes, et puis, si nous voulons faire une simple douche froide, nous faisons tourner la clef du robinet mélangeur jusqu'à découvrement des ouvertures de l'eau froide et de la sortie : l'eau ainsi projetée et dirigée par le tube flexible vers le malade, conserve sa température froide primitive, nullement influencée par la présence de la vapeur d'eau au-dessus de sa surface dans le réservoir. Si nous voulons obtenir une douche chaude, nous faisons tourner la clef un peu plus : à mesure que la clef tourne, l'ouverture de l'eau bouillante se découvre de plus en plus et laisse cette eau se mêler à l'eau froide dans des proportions capables de faire remonter la température du mélange exactement au degré indiqué par l'aiguille de la clef sur la graduation du secteur mobile. C'est ainsi que

(1) L'appareil construit diffère en réalité quelque peu de celui que nous représentons ici; mais il n'en diffère que par des détails de peu d'importance; le principe est le même.

peuvent s'obtenir, avec autant de facilité que d'exactitude dans la température, la douche froide, la douche écossaise, la douche ascendante, la douche alternante, etc. Avec ce même appareil, on peut obtenir aussi des douches à vapeur, simples ou médicamenteuses.

Nous croyons que cet appareil qui, avec le temps, pourra être encore amélioré, est destiné à rendre un grand service à l'hydrothérapie, en général, et, plus particulièrement, à l'hydrothérapie à domicile.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du jeudi 19 mars 1891.

Discussion du Projet de Loi relatif à l'Exercice de la Médecine (1).

M. LE PRÉSIDENT. — L'ordre du jour appelle la suite de la discussion : 1° du projet de loi; 2° des propositions de loi de M. Edouard Lockroy, de M. Chevandier, de M. David (Alpes-Maritimes) et plusieurs de ses collègues, sur l'exercice de la médecine.

La Chambre s'est arrêtée à l'article 7. Mais je dois l'informer que M. Piérard a présenté un article nouveau, qu'il propose d'intercaler entre l'article 6 et l'article 7 et qui est ainsi conçu : « La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire. »

M. CHEVANDIER, *rapporteur*. — La commission et le Gouvernement acceptent l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'article nouveau proposé par M. Piérard et qui est accepté par la commission et par le Gouvernement. (L'article, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Cet article prendra le numéro 7.

« Art 8 (ancien 7). — Les sages-femmes ne pourront, à l'avenir, pratiquer l'art des accouchements qu'en vertu d'un diplôme de 1re classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat. Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31, 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

« Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République. » M. Isambard propose, par amendement, de rédiger ainsi cet article : « Nulle ne peut exercer l'art des accouchements si elle n'est munie d'un brevet de sage-femme délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis, après deux années d'études, devant un établissement d'enseignement médical de l'Etat. Toutefois, les sages-femmes reçues en France antérieurement à la présente loi auront le droit d'exercer aussi leur profession sur tout le territoire de la République. » La parole est à M. Isambard.

M. ISAMBARD. — J'avais d'abord proposé un amendement tendant à la suppression de l'article 8, qui est relatif aux sages-femmes. Je désirais laisser les sages-femmes sous l'empire de la loi de ventôse et des règlements et décrets ultérieurs. J'apprends à l'instant qu'un autre texte que celui de la commission doit être proposé par le Gouvernement. Je me rallierai à ce nouveau texte, que je ne connais pas encore, s'il me donne satisfaction J'attendrai donc qu'il ait été produit pour développer mon amendement s'il y a lieu.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne connais pas non plus ce texte que le Gouvernement se propose de déposer.

M. Paul BOURGEOIS (Vendée). — C'est l'article du projet du Gouvernement qui est reproduit dans le rapport. Messieurs, la commission abandonne le texte qu'elle avait proposé et se rallie au projet du Gouvernement pour la première partie de l'article 8. Voici en quoi consistait la divergence qui existait : la commission n'admettait qu'une seule classe de sages-femmes ; le Gouvernement maintenait deux classes, avec cette clause contenue dans le dernier paragraphe, que les sages-femmes de 2e classe ne pourraient pas exercer dans une commune ayant plus de 10,000 âmes.

Le Gouvernement s'est mis d'accord avec la commission : il retire ce dernier paragraphe et nous acceptons les deux classes. Voici ce qui a décidé la commission, et je donne ce détail pour satisfaire le vœu d'un certain nombre de mes amis de ce côté de la Chambre (la droite) qui se sont préoccupés de cette question : elle a craint, en maintenant une seule classe, que le recrutement des sages-femmes ne devînt difficile dans les campagnes. Dans beaucoup de départements, les conseils généraux allouent des bourses pour faciliter à certaines jeunes filles les moyens de se faire recevoir sages-femmes, et ensuite, leur examen passé, ces sages-femmes s'établissent dans les campagnes où elles rendent de grands services aux populations rurales. Nous avons déjà fait, sur certains points, le sacrifice de nos sentiments personnels : c'est ainsi que nous avons accepté la suppression des officiers de santé, et nous accepterons par la suite l'article interdisant l'exercice illégal de médecine. Toutefois les concessions ont des limites. Aussi, pour ce qui concerne les sages-femmes, nous nous préoccupons tous de leur recrutement; nous avons le désir de les voir se fixer dans nos campagnes, et nous croyons servir les intérêts de ces populations rurales en maintenant les deux classes. (*Très bien! très bien ! sur divers bancs.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Monsieur le président, j'ai une observation à présenter. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

M. CHEVANDIER, *rapporteur*. — Il est nécessaire de donner à la Chambre une explication très claire, afin qu'elle sache bien à quoi s'en tenir sur les articles qui lui sont proposés. De l'entretien que la commission a eu avec l'honorable M. Brouardel, commissaire du Gouvernement, il est résulté que la commission a accepté la rédaction de l'article 5, c'est-à-dire qu'elle a décidé de maintenir les deux classes de sages-femmes. De son côté, l'honorable M. Brouardel, représentant du Gouvernement, abandonne l'article 15 et accepte le second paragraphe de l'article 7 de la commission, sous réserve de l'addition au troisième paragraphe de cet article des mots « dans les conditions de la présente loi. » J'ajoute, puisque je suis à la tribune, que l'article 7 proposé par le Gouvernement a été également abandonné. A l'heure actuelle, la Chambre est donc appelée à voter simplement sur l'article 5 du projet du Gouvernement Elle aura ensuite à statuer sur le second paragraphe de l'article 7 du projet de la commission ; quant à l'article 7 du projet du Gouvernement, il devra disparaître.

M. LE PRÉSIDENT. — Le deuxième paragraphe de l'article 7 formera-t-il un article distinct ou constituera-t-il le dernier paragraphe ?

M. LE RAPPORTEUR. — Il ne formera qu'un seul article avec le texte de l'article 5 du projet du Gouvernement.

M. LE PRÉSIDENT. — M. Isambard, avez-vous satisfaction ?

M. ISAMBARD. — Oui, Monsieur le président. Je retire mon amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré. Je donne lecture de l'article 5 du projet du Gouvernement, qui deviendra le premier paragraphe de l'article 5 de la commission.

« Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le Gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat. »

Puis viendront les deux paragraphes suivants : « Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs. — Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République dans les conditions de la présente loi. » Je mets aux voix l'article ainsi rédigé. (L'article 8, nouveau, ainsi rédigé, est mis aux voix et adopté.)

« Art. 9 (ancien 8). — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine. Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine. Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques. » (*Adopté.*)

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 10 (ancien 9).— Les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne peuvent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine dans les conditions prévues à l'article 1er. Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur plus de trois épreuves. Dès la promulgation de la présente loi, les dentistes ou sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France ni aux colonies, s'ils n'obtiennent : les premiers le diplôme spécial prescrit par l'article 5, les seconds le diplôme voulu par l'article 8. » Il y a sur cet article un amendement de M. David, ainsi conçu : « Art. 10, § 1er.— A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8. § 2. (Celui de la commission). § 3. Supprimé. »

M. DAVID. — La commission accepte mon amendement, monsieur

(1) Voir le n° 12, p. 239.

le président. (*Marques d'assentiment au banc de la commission.*)

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement.* — Le Gouvernement l'accepte également.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement de M. David étant accepté par la commission et le Gouvernement se substitue au texte de la commission. Je mets aux voix l'article ainsi modifié. (L'article 10 (nouveau), ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 11 (ancien 10). — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine, sans avoir subi tous les examens, pendant une épidémie ou à titre de remplaçant d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois : elle est renouvelable dans les mêmes conditions. » Sur cet article, il y a un amendement de M. Isambard qui ne consiste à vrai dire que dans une simple modification de rédaction. La parole est à M. Isambard.

M. ISAMBARD. — Messieurs, mon amendement consiste simplement dans une interversion de mots, que la commission accepte, je crois.

M. DELLESTABLE, *membre de la commission.* — Oui, la commission accepte l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Je donne lecture de la nouvelle rédaction proposée par M. Isambard et qui semble en effet préférable à la rédaction primitive : « Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé. » Cette nouvelle rédaction de l'article 11 est acceptée par la commission. (La nouvelle rédaction de l'article 11, mise aux voix, est adoptée.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 12 (ancien 11). — Les étudiants étrangers, qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

« Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical. » (L'article 12 est mis aux voix et adopté.) — « Art. 13 (ancien 12). — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli. » (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Nous passons au titre II :

Dispositions générales. — Le double exercice de la médecine et de la pharmacie. — Syndicats médicaux. — Médecins experts.

« Article 14 (ancien 13). — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont fait élection de domicile, de faire enregistrer leur diplôme à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement. Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du diplôme, dans le même délai. Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur diplôme.

M. ISAMBARD. — Je crois qu'il serait préférable de substituer « titre » à « diplôme ». L'expression est plus générale et même plus exacte, parce que dans le projet il est question de brevets et de diplômes (*Marques d'adhésion.*)

M. DELLESTABLE. — La commission accepte la modification.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'article 14 avec la modification proposée par M. Isambard.

(L'article 14, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 15 (ancien 14). — Il est établi chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes, portant leurs noms, prénoms et leur résidence, des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes visés par les articles 5 et 6, des sages-femmes. Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice. La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur. Sur cet article, il y a un amendement de M. Isambard, qui propose de rédiger ainsi le premier paragraphe : « Il est établi, chaque année, dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes. » La parole est à M. Isambard.

M. ISAMBARD. — Messieurs, actuellement les listes de médecins contiennent non seulement les noms et prénoms des médecins et leur résidence, mais encore la date et le lieu de leur réception. Je demande que la loi nouvelle maintienne également ces dernières indications.

M. DELLESTABLE. — La commission accepte.

M. LE PRÉSIDENT. — Il y a lieu, en conséquence, de rédiger ainsi le premier paragraphe de l'article : « Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes. » Le reste, comme au projet. (L'article 15 ainsi modifié est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 16 (ancien 15). — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de dentiste avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des diplômes conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif. Toutefois, dans les localités où il n'y a pas de pharmacien, les médecins peuvent livrer des médicaments sur place et en fournir aux malades près desquels ils sont appelés et dont la résidence est éloignée de 4 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte. Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur à l'exeption de la patente. Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement. » Les trois derniers paragraphes ont trait spécialement à la loi sur la pharmacie. Je crois que l'on est d'accord pour en renvoyer l'examen au moment de la discussion de cette dernière loi.

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Parfaitement, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. — Je me bornerai donc à mettre aux voix le premier paragraphe.

M. ISAMBARD. — Je demande que l'on substitue également le mot « titres » au mot « diplômes ».

M. DELLESTABLE. — La commission accepte l'amendement.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix le paragraphe 16, avec la modification proposée par M. Isambard. (L'article 16 ainsi modifié est mis aux voix et adopté.)

« Art. 17 (ancien 16). — L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit pour cinq ans. Les créances privilégiés sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe, de l'article 2101 du code civil, y figureront désormais dans les termes suivants : 3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue. » — (Adopté.)

« Art. 18 (ancien 17). — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. (19 ancien 18). — Les fonctions de médecins et de chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine. Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transports et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux. »

M. LE PRÉSIDENT. — M. Isambard propose d'ajouter à la fin du paragraphe 1er : « ... français ou naturalisés français. »

M. LE RAPPORTEUR. — La commission accepte l'addition.

M. LE PRÉSIDENT. — Alors je mets aux voix l'article ainsi modifié. (L'article 19 est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — M. Isambard propose un paragraphe additionnel ainsi conçu : « Toutes fonctions médicales publiques ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine de nationalité ou de naturalisation française. »

M. ISAMBARD. — Le paragraphe additionnel que je propose me semble être la conséquence du paragraphe 1er.

M. LE PRÉSIDENT. — C'est plutôt le paragraphe 1er qui serait la conséquence de celui que vous proposez en ce moment et qui serait mieux placé en tête de l'article.

M. ISAMBARD. — Mon paragraphe additionnel n'est que la reproduction d'une disposition qui avait été votée par le congrès médical de 1845. Mais nous faisons en ce moment une loi sur l'exercice de la médecine, et je crois qu'il y aurait lieu de formuler une réserve. Notre article ne vise que l'exercice de la médecine et laisse en dehors l'enseignement médical ; par conséquent, le Gouvernement aurait le droit de charger de cours des médecins étrangers d'une célébrité reconnue.

M. Dellestable. — La loi actuelle ne concerne pas l'enseignement.

M. Isambard. — Ces médecins étrangers ne rempliraient pas des fonctions officielles publiques, mais peut-être pourraient-ils, je le répète, à raison de leur mérite, être chargés de cours.

M. le président. — Votre rédaction les exclurait.

M. Isambard. — Ce n'est pas mon intention.

M. le président. — Vos explications, qui ont une très grande valeur au point de vue de la discussion, deviennent impuissantes quand la loi est votée.

M. Isambard. — Je le sais, monsieur le président, mais la loi que nous faisons ne vise que l'exercice de la médecine.

M. le president. — Il y aurait doute, certainement.

M. Liard, *directeur de l'enseignement supérieur, commissaire du Gouvernement.* — Messieurs, si j'ai bien compris le sens de l'amendement de M. Isambard, dont je n'ai pas le texte sous les yeux, il aurait pour objet d'exclure absolument de l'enseignement public tous les docteurs étrangers.

M. Isambard. — Mais non ! c'est le contraire !

M. le commissaire du Gouvernement. — Alors, si c'est le contraire, l'amendement est inutile. La Chambre fait en ce moment une loi sur l'exercice de la médecine, et non une loi sur l'enseignement public ; par conséquent, je lui demande, au nom du Gouvernement, de ne pas accepter l'amendement. (*Très bien ! très bien !*)

M. Isambard. — Mon amendement a pour objet de réserver aux docteurs en médecine français les fonctions de médecins inspecteurs des écoles, de médecins inspecteurs des services de l'assistance publique et toutes les fonctions analogues qui sont de la pratique et non de l'enseignement médical.

M. Frédéric Grousset. — Mais les fonctions publiques sont réservées aux nationaux.

M. Isambard. — Je puis citer des médecins inspecteurs qui ne sont pas Français.

M. Dellestable. — Cela regarde M. le ministre de l'intérieur.

M. Constans, *ministre de l'intérieur.* — Il n'y a pas de médecins étrangers dans les fonctions publiques ni parmi les inspecteurs de l'assistance publique : je ne vois pas le bénéfice qu'on pourrait retirer de l'exclusion proposée et j'y trouve au contraire des inconvénients à certains points de vue. (*Très bien! très bien ! Aux voix.*)

M. Isambard. — Je retire mon amendement.

M. le président. — Nous passons à l'article 20 (ancien 19) :

« Art. 20. — Tout docteur ou officier de santé est tenu, sous les peines portées à l'article 25 de la présente loi, de faire à l'autorité publique la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation. »

M. le rapporteur. — Je demande la parole.

M. le président. — La parole est à M. le rapporteur.

M. le rapporteur. — Messieurs, d'accord avec le Gouvernement, je dois vous donner quelques explications sur l'article en ce moment soumis à votre vote. La commission accepte la rédaction de l'article 17 du projet du Gouvernement avec deux légères modifications ; seulement, à la place des mots « dans un délai de vingt-quatre heures », il faut mettre ceux-ci : « son diagnostic établi » ; et un peu plus loin dire « maladies épidémiques » au lieu de « transmissibles ». Ces deux modifications ont l'assentiment du Gouvernement.

M. le président. — L'article 20 serait alors ainsi conçu. « Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies. »

Je le mets aux voix.

(L'article 20 est mis aux voix et adopté.)

M. le président. — Monsieur Isambard, maintenez-vous l'addition que vous aviez proposée ?

M. Isambard. — J'approuve absolument le travail de la commission, et je ne voudrais pas retarder le vote de la loi par des observations inutiles ; mais si la commission voulait bien accepter au moins le premier des paragraphes additionnels que je propose, il me semble que ce serait tirer les médecins d'un cas difficile. L'autorité administrative demande aux médecins de mentionner la cause du décès sur le certificat destiné à l'officier de l'état civil. Un certain nombre de médecins refusent d'indiquer cette cause du décès prétendant que ce serait violer le secret professionnel. La question est discutée dans toutes les sociétés locales. Si l'on acceptait mon paragraphe additionnel, le secret professionnel ne serait pas violé par la mention de la cause du décès sur le certificat de décès. Il y a une très grande utilité au point de vue de la statistique et de la démographie, à connaître les causes du décès.

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement.* — Nous ne connaissons pas votre amendement.

M. Isabard. — Mon amendement est ainsi conçu : « La mention de la cause du décès sur le certificat destiné à l'officier de l'état civil pour l'exécution de l'article 77 du code civil n'est point une violation de l'article 378 du code pénal. » Si cette rédaction ne paraît pas suffisament claire, on pourrait dire qu'un règlement d'administration publique déterminera les conditions et les formes dans lesquelles le certificat du médecin devra être rédigé et transmis aux autorités municipales.

M. Brouardel, *commissaire du Gouvernement.* — Je suis, en principe, d'accord avec M. Isambard, mais il me semble impossible de trancher ainsi cette question, qui est extrêmement délicate. Il est très difficile de faire un règlement qui s'applique à la fois à Paris et aux petits villages. Nous cherchons depuis près de deux ans à résoudre le problème et nous sommes loin d'être arrivés à une formule qui soit à l'abri de toute critique. Nous n'avons pas voulu introduire dans la loi une disposition contre laquelle on aurait eu, dans certains cas particuliers, raison de protester. Ce que je puis dire à la Chambre, c'est que la déclaration des causes de décès est extrêmement intéressante au point de vue de l'hygiène ; dans un grand nombre de départements, il existe des états endémiques de maladies que nous ne connaissons pour ainsi dire pas ; il faudra porter remède à cette situation. Ce sera l'objet d'un projet de loi sur l'hygiène qui vous sera présenté par le Gouvernement. C'est dans un intérêt hygiénique que ces prescriptions doivent être édictées. Je demande à M. Isambard de vouloir bien renvoyer à ce moment la détermination de ces prescriptions, sur lesquelles nous nous mettrons d'accord. (*Très bien ! très bien !*

M. Isambard. — Je retire mon amendement.

M. le président. — Nous arrivons au titre III.

Exercice illégal. — Pénalités.

« Art. 21 (ancien 20). — Exerce illégalement la médecine : « 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par des conseils habituels, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils ; 2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi ; 3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées par les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi ; 4° tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus. Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades. » Il y a sur cet article un amendement de M. Le Cerf, ainsi conçu : « Supprimer le mot « conseils » et remplacer par « opérations » les mots « manœuvres opératoires », et rédiger comme suit la fin du paragraphe 1er : « Toute personne... qui prend habituellement part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des opérations ou applications d'appareils. » La parole est à M. Le Cerf.

M. Le Cerf. — Le paragraphe 1er du texte de la commission protège assurément d'une façon très efficace les médecins contre toute concurrence ; mais au point de vue des malades, il me paraît excessif.

M. Armand Després. — Ce sont les malades qui sont sacrifiés. La loi le dit !

M. Le Cerf. — Il aura pour résultat de les priver de tout secours en l'absence de médecin. La commission ne me semble pas avoir tenu un compte suffisant des diverses situations locales qui existent en France ; elle a supposé qu'il y a des médecins partout ; que ces médecins sont tout prêts à se transporter immédiatement et sans frais là où un cas de maladie se déclare. Telle n'est pas la situation : il y a des contrées où il faut faire plus de 20 kilomètres pour trouver un médecin, et ce médecin rayonne tout autour de son domicile : il est souvent fort loin au moment où on va le chercher. Avec la jurisprudence actuelle, une personne qui n'est pas médecin peut, sans s'exposer à des poursuites, donner quelques conseils ; elle peut faire quelques manœuvres opératoires qui ne présentent aucun danger (*Réclamations au banc de la Commission*), — il s'agit de savoir ce que vous entendez par là : nous allons y revenir tout à l'heure — ...manœuvres qui suffisent peut-

être à entraver à son origine une maladie mortelle. Avec la loi proposée, rien de tout cela ne sera plus possible : il faudra en attendant le médecin, contempler les souffrances du malade et le laisser sans aucun secours sous peine d'amende et de prison. Ces deux termes employés dans l'article 20 : « conseils et manœuvres opératoires », ne sont-ils pas trop rigoureux? Certes, il est indispensable d'interdire à tout autre qu'au docteur de prescrire un remède dangereux et de faire une opération chirurgicale. Mais interdire tout conseil et toute manœuvre opératoire me paraît excessif. En présence d'un cas de maladie, loin de tout médecin, il me sera interdit de donner un conseil, je ne pourrai pas dire :

« Il y a quelque temps, j'ai été atteint de la même maladie dont les symptômes ne sont douteux pour personne ; c'est une maladie dangereuse, mais elle peut être enrayée dès le premier moment ; j'ai conservé l'ordonnance qui m'a été délivrée par un docteur en pareil cas, j'ai encore un flacon du remède qu'il m'a prescrit et qui m'a guéri, je le donne à plusieurs malades que je vois près de moi »... et je suis condamné à 1,000 francs d'amende et un mois de prison. Pourquoi ? Est-ce pour avoir administré un remède qui aurait pu nuire au malade ? Non, le remède était inoffensif ; c'est pour avoir empiété sur le privilège du médecin. Et non seulement j'aurai à subir la prison et l'amende; mais, en vertu de l'article 21, le corps médical pourra se porter partie civile, et je lui devrai une indemnité pour m'être permis de sauver la vie à des malades en leur communiquant l'ordonnance d'un docteur dont j'avais soldé les honoraires. Quelle sera la limite des conseils défendus? L'article est absolu : tout conseil tombe sous le coup de la loi ; si on applique rigoureusement le texte de la commission, il sera interdit d'engager un malade à prendre du vin de quinquina ou même simplement du vin pour se donner des forces, de la tisane ou du jus de réglisse pour calmer sa toux. Je suis persuadé que la commission n'a pas voulu aller jusque-là, mais le texte qu'elle présente a ce sens rigoureux : c'est pour cela que j'en demande la modification. (*Très bien ! très bien !*) Que doit-on entendre par manœuvres opératoires ?

Si la commission avait employé le mot « opérations », tout le monde aurait compris qu'il s'agissait de certains actes qui exigent une science spéciale et doivent sans conteste être interdits à tout autre qu'au médecin. Mais, à côté des opérations, il y a une série de pratiques qui constituent des manœuvres sur la personne du malade. A quel point s'arrêteront les manœuvres opératoires interdites ? La loi n'est pas faite pour être interprétée par le corps médical, mais par les juges qui auront peut-être bien du mal à déterminer la limite ; d'ailleurs nul n'est censé ignorer la loi, et tous ceux qui sont exposés à tomber sous ses coups ont intérêt à ce que la pensée du législateur soit nettement définie. J'avoue mon ignorance du langage médical; mais dans le français vulgaire, celui que parlent les juges et les justiciables, le mot « manœuvre opératoire » me paraît comprendre tout acte qui se fait par les mains et qui a pour objet de toucher au malade autrement que pour l'aider à se vêtir ou à changer de position. Fixera-t-on une autre limite? S'arrêtera-t-on au cataplasme, au sinapisme, à la ventouse, à la cautérisation, à l'injection sous-cutanée de morphine ou d'éther? Faudra-t-il, en l'absence de médecin, laisser mourir une femme et un enfant, ne rien tenter pour arrêter une hémorragie, ne pas cautériser la morsure d'une vipère ? Ce sont bien là des manœuvres opératoires ; elles tombent sous le coup du texte proposé par la commission. Ces conséquences me paraissent excessives, et la commission partagera, je l'espère, mon sentiment. C'est pourquoi je lui demande de mettre dans le texte ce qui est sans doute dans son intention, de remplacer par « opérations » les mots « manœuvres opératoires » et de retrancher le mot « conseils », l'expression qui vient ensuite « direction suivie » me paraissant largement suffisante pour caractériser l'exercice illégal de la médecine. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, nous avions compris qu'en définissant ce qui caractérise plus particulièrement l'exercice de la médecine nous serions appelés à donner quelques explications qui, je crois, pourront calmer les inquiétudes de notre collègue, même en maintenant le mot « conseils » et les mots « manœuvres opératoires ». Tout d'abord, je dois faire remarquer à la Chambre que les dispositions de l'article 21 sont beaucoup moins rigoureuses que ne l'étaient celles de la loi de l'an XI, en ce sens que celui-là était tenu pour avoir exercé illégalement la médecine, alors même qu'un seul fait était mis à sa charge. Aujourd'hui, nous disons que la loi doit être interprétée d'une manière beaucoup plus libérale et que, si quelqu'un a donné un conseil, il ne doit pas pour cela être traduit devant un tribunal et considéré com e responsable d'un délit d'exercice illégal. Nous acceptons très bien qu'on donne un conseil, plusieurs conseils. C'est l'habitude, le fait sans cesse répété de donner des conseils qui caractérisera le délit. En effet, celui qui a l'habitude de donner des conseils exerce évidemment une sorte de profession. Il est connu dans toute la région qu'il habite, et sous le couvert de la complaisance ou de la charité, il donne habituellement des conseils ; celui-là tombera sous le coup de la loi. Vous voyez la différence.

Comme vous le voyez, nous remplaçons par des dispositions libérales un texte un peu draconien. Nous trouvons excellent qu'un instituteur, qu'un curé, qu'un pasteur puisse, à un moment donné, s'il s'agit, par exemple, d'arrêter une hémorragie, ou en toute autre circonstance, donner un conseil. En pareil cas, en indiquant un remède ou une série de moyens, ces personnes font œuvre excellente. On n'ira pas leur chercher querelle, engager une action répressive. Mais celui-là, qu'il soit prêtre, pasteur ou instituteur, qui a l'habitude de donner des conseils, quelquefois même sans voir le malade, ce qui est bien plus grave, bien plus imprudent, tout diagnostic faisant défaut, celui-là, dis-je, qui donne habituellement des conseils, alors qu'il ne peut savoir de quel mal il s'agit, doit être frappé par la loi. Nous répondons volontiers que le conseil donné éventuellement est une chose louable, mais que l'habitude de conseiller des médicaments constitue une usurpation réelle, le délit d'exercice illégal de la médecine. Quant aux manœuvres opératoires, je comprends que quiconque n'appartient pas à la profession médicale puisse ne pas comprendre exactement ce que l'on entend par « manœuvres opératoires » ou par « opérations ».

M. LE CERF. — Mais les juges ne sont pas médecins !

M. LE RAPPORTEUR. — Il est impossible de remplacer les mots « manœuvres opératoires » par « opérations » comme synonyme. Dans le premier cas, la manœuvre opératoire consiste, par exemple, à réduire une luxation, une hernie ; il n'y a pas d'opération à proprement parler; car lorsqu'une hernie n'est pas réduite par une manœuvre opératoire, il faut en venir à une opération, ce qui est tout autre chose. L'opération comporte pour ainsi dire l'emploi d'un instrument de chirurgie. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas modifier les expressions dont nous nous sommes servis. Elles désignent des procédés thérapeutiques différents, il les faut absolument conserver. On ne peut livrer à la discrétion du premier venu les manœuvres opératoires.

Il y aurait des dangers très grands à le permettre au premier venu. Je pense par ces explications avoir donné satisfaction à l'auteur de l'amendement ; la commission persiste dans sa rédaction. (*Très bien! très bien ! à gauche.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Bourgeois.

M. BOURGEOIS (Vendée). — Messieurs, je suis monté la tribune pour déclarer que je partage entièrement l'avis de la commission et de M. Chevandier ; mais je dois à mes amis des explications qui, j'en suis certain, leur permettront de voter le texte qui leur est soumis en ce qui concerne tout au moins les dispositions visant la répression de l'exercice illégal de la médecine. Je sais qu'il se présente des circonstances tout à fait délicates. Il y a des pays dans lesquels il n'y a pas de médecins. Je ne l'ignore pas. Je sais aussi qu'il y a des personnes dévouées, charitables, qui ont rendu en exerçant la médecine des services incontestables. Pour ne citer qu'un exemple, un de nos collègues, qui siège sur ces bancs, m'avait déclaré qu'il déposerait un amendement. La situation dans laquelle il se trouve est particulièrement intéressante. Il habite une ile située à une certaine distance du continent. Cette ile contient 3,000 habitants, et il n'y a ni médecin ni pharmacien. Si la loi est appliquée rigoureusement, ces populations malheureuses et délaissées seront privées de tout secours médical. J'ai fait observer à mon collègue, comme je le fais à mes amis, qu'un projet de loi a été déposé depuis longtemps par M. le ministre de l'intérieur, relatif à l'assistance médicale dans les campagnes. Je désire, je demande que cette discussion s'ouvre le plus tot possible : vous trouverez là le moyen de donner satisfaction à toutes nos populations déshéritées. Je demande donc, et vous vous joindrez à moi pour demander à mes collègues d'appuyer ma proposition pour que dans le plus bref délai le rapport concernant l'assistance médicale dans les campagnes soit déposé et discuté, afin que satisfaction soit donnée à tous. (*Très bien! très bien! sur divers bancs*).

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Le Cerf.

M. LE CERF. — Je maintiens mon amendement et j'en demande le renvoi à la commission. J'estime que la commission, en rendant le médecin obligatoire, aurait dû en même temps le rendre gratuit, comme on a fait pour l'instruction ; sans cela j'y vois de graves inconvénients que je vous ai signalés tout à l'heure. (*Très bien ! à droite.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Les médecins ne manquent jamais de donner leurs soins gratuits quand il s'agit des pauvres. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE CERF. — Parfaitement, je le reconnais très volontiers. Ce n'est pas le moins du monde une critique contre le personnel médical que je veux faire, c'est simplement une question de principe que je viens traiter. Je remercie l'honorable rapporteur d'être monté à la tribune pour expliquer le sens du mot « conseils ». Mais je n'en persiste pas moins à croire que le texte de la com-

mission doit être modifié sur ce point. En effet, je suis absolument d'accord avec le rapporteur sur l'interprétation de la loi ; mais je vois que le texte est tout à fait en contradiction avec son sentiment et avec le mien, et il est certain que les paroles s'en vont, *verba volant, scripta manent*. Les paroles que nous prononçons ici auront beau être recueillies par la sténographie, on n'en tiendra pas toujours compte.

M. LE RAPPORTEUR. — Je vous demande pardon.

M. LE CERF. — Mon cher collègue, croyez-vous que les juges qui, après tout, rendent les jugements et prononcent la condamnation, vont toujours se reporter à la discussion de la loi ? Jamais ou presque jamais. Ce n'est que quand ils délibèrent en chambre du Conseil sur des affaires très graves, quand on remet à huitaine ou à quinzaine, qu'ils consultent les précédents et la discussion de la loi, et encore, croyez-le bien, il arrive le plus souvent que les juges n'en tiennent guère compte. Je maintiens donc ma demande, je dis qu'il est très dangereux d'insérer dans une loi un mot qui peut prêter à une fausse interprétation. Moi, qui ne suis pas docteur en médecine, je l'interprète comme jurisconsulte, et si j'étais chargé de juger la question, je le ferais dans le sens que je viens d'indiquer. Vous, docteurs en médecine, vous l'interprétez dans un sens médical. Mais les juges sont des juriconsultes et non pas des médecins ; il est donc dangereux de leur mettre entre les mains un texte qui pourrait être de nature à entraîner des condamnations, alors que vous, médecins, auteurs de la loi, vous aurez une intention diamétralement opposée. (*Très bien ! très bien ! — Aux voix !*)

M. LE RAPPORTEUR. — Il n'y a pas de docteurs-médecins dans cette enceinte ; il n'y a que des législateurs.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix la prise en considération de l'amendement tendant à supprimer les mots « conseils habituels » et à substituer le mot « opération » à ceux de « manœuvres opératoires ». (L'amendement, mis aux voix, est pris en considération.) (*A suivre*).

THÉRAPEUTIQUE

Les fers assimilables.

La polémique récemment engagée dans la presse médicale (1), à l'occasion des fers assimilables, a eu pour résultat inattendu la publication d'un document qui nous paraît de nature à appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'une lettre de M. le Dr Jaillet, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital français de Tamatave, lettre dans laquelle ce praticien, dont le nom est intimement lié à la découverte des fers assimilables, reconnaît que la seule préparation qui réunisse les conditions nécessaires à une bonne assimilation est le peptonate de fer de M. Maurice Robin. Voici cette lettre :

Tamatave (Madagascar), le 27 septembre 1890.

Messieurs,

Désintéressé depuis longtemps déjà, comme vous le savez, de l'exploitation des peptonates de fer, j'ai bien voulu accepter l'offre que vous m'avez faite d'expérimenter d'une façon impartiale, dans ma clientèle, les échantillons de *Peptonate de fer Robin* que vous m'avez envoyés. Je me fais un devoir et un plaisir de reconnaître que ce produit sous ses différentes formes (vin, gouttes et dragées) m'a donné des résultats remarquables et inattendus, même dans les cas rebelles d'anémie et de cachexie des pays chauds.

Je suis d'autant plus heureux de vous adresser cette attestation que j'avais suivi autrefois avec intérêt les travaux de M. Robin sur la question de l'assimilation du fer, travaux que je poursuivais presque en même temps que lui, lorsque nous étions collègues d'internat, lui à l'hôpital de la Pitié et moi à l'hôpital Rotschild.

L'idée originale que poursuivait sans relâche mon ami Robin, était de faire du Peptonate de fer un fer assimilable qui puisse s'employer à l'état pur sous forme de gouttes concentrées, tout comme le peroxyde de fer dialysé. Cette idée était grosse de difficultés et je félicite M. Robin d'avoir réussi au delà de toute espérance. Cette préparation a vraiment une activité curative puissante bien supérieure à celle des autres préparations similaires.

Je vous remercie donc, Messieurs, de l'envoi que vous m'avez fait et de m'avoir permis de guérir beaucoup de mes malades.

Je serais heureux que vous communiquiez à M. Robin, en souvenir de nos excellentes relations lorsque nous étions internes des hôpitaux de Paris, l'opinion que je me suis faite des gouttes concentrées de Peptonate de fer Robin.

Puisse-t-il surtout, à l'exception des autres inventeurs, profiter de sa découverte, car ce Peptonate de fer mérite l'approbation et la considération du monde médical.

Je lui donne pour cela toute autorisation de faire connaître mon opinion à mes confrères et lui renouvelle tous mes éloges.

Soyez assurés, Messieurs, que je continuerai à prescrire ce produit à ma clientèle de Madagascar, où déjà il m'a permis d'enregistrer d'immenses succès.

Veuillez agréer, etc. Dr JAILLET,

Ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.

Voilà ce qui est clair et précis. Si l'on ajoute que les observations de M. Jaillet s'appuient, non seulement sur les expériences physiologiques qui ont été le point de départ de la découverte, mais aussi sur la pratique que donne un service hospitalier important, il n'y a plus d'hésitation possible entre les diverses préparations qui sont présentées au public médical. C'est au peptonate de fer Robin que le praticien doit donner la préférence.

M. Jaillet, qui a été longtemps le compétiteur de M. Robin dans la recherche du meilleur fer assimilable et qui a autrefois préconisé une préparation similaire, reconnaît lui-même aujourd'hui que le peptonate de fer Robin est la seule préparation qu'il convienne d'employer en thérapeutique. Son témoignage est des plus concluants, aussi la question nous semble entièrement résolue.

L'affirmation nouvelle de M. le Dr Jaillet vient d'ailleurs à l'appui de l'opinion déjà plusieurs fois émise, à savoir : le peptonate de fer Robin, qu'il soit pris sous forme de vin, de dragées ou de gouttes concentrées, constitue la préparation ferrugineuse qu'on peut opposer, avec succès, à l'anémie et à la chlorose, et surtout à cette variété si fréquente désignée par M. le Pr Hayem sous le nom de chlorose dyspeptique.

(1) *Journal de médecine de Paris*, nos 49 et 52. *Union médicale*, no 148.

BIBLIOGRAPHIE

Sur quelques espèces de bactéries de l'influenza ; par le professeur BABES. (*Centralblatt f. Bakteriologie*, vol. VIII).

Au milieu d'un grand nombre de bactéries (14 à 17 espèces) l'auteur a pu isoler deux variétés, non encore décrites, qu'il dénomme Bactérie I et Bactérie II, et qui sont probablement un élément pathogène. La première variété comprend des bactéries de 0 μ 2 à 0 μ 4, étranglées dans leur partie centrale ou formant de courtes chaînettes : elles sont immobiles, ne se colorent pas par la méthode de Gram. Leurs colonies sont de petites dimensions, transparentes, elles se développent dans les parties profondes des tubes de culture et dans le vide. Elles se sont montrées pathogènes et ont déterminé des inflammations pulmonaires.

La Bactérie II donne sur l'agar-agar des colonies qui présentent un point blanchâtre à leur centre. Ces bactéries ont 0 μ 5 ; elles sont immobiles, se colorent par la méthode de Gram et, comme la première variété, elles sont pathogènes. Elles produisaient chez les souris des pneumonies mortelles avec bacilles dans les vaisseaux des septa alvéolaires, chez les cobayes une sorte de septicémie, et chez les lapins une inflammation locale. T. DAGONET.

Instruction ministérielle sur l'aptitude physique au service militaire. — Nouy et Cie, éditeurs, Paris.

Les médecins trouveront dans cette plaquette tout ce qu'il est utile de connaître au sujet des maladies ou vices de conformation qui rendent impropres au service militaire. C'est là un guide précieux pour les médecins de la campagne, souvent consultés par les jeunes gens avant de passer le conseil de revision. Nos lecteurs nous sauront gré de leur signaler cette petite brochure, qui comble une lacune.

Elle se termine d'ailleurs par un paragraphe ayant trait à tout ce qui regarde le service auxiliaire et où les infirmités compatibles avec ce service y sont énumérées tout au long. A lire encore ce qui concerne l'aptitude particulière aux différentes armes : Infanterie, cavalerie, artillerie, infirmiers militaires, etc. Au début, il y a aussi quelques lignes consacrées aux maladies simulées, provoquées ou dissimulées.

VARIA

Les aides apothicaires, les sages-femmes et les femmes pharmaciennes.

En toute discussion, il ne faut point mélanger des sujets d'ordre différent, car de telles discussions ne jaillit plus qu'une lumière trop peu vive. Aussi trouvons-nous inutile et néfaste de brouiller les cartes, comme le font certains journaux, dans la question des femmes pharmaciennes. Tout cela sous le prétexte de montrer que notre idée n'est point aussi nouvelle que nous avons semblé le croire. Et d'abord, pour mettre tout le monde à l'aise, rappelons la phrase classique de Musset, qui traduit assez bien en français un proverbe latin connu : « Il faut être ignorant comme un maître d'école pour se vanter de dire une seule parole que personne ici-bas n'ait pu dire avant vous. » Le *Petit Journal*, auquel nous répondons par cette note, met en effet sur le même rang les femmes pharmaciens et les aides apothicaires. Il n'y a rien là de comparable.

« La proposition du *Progrès médical*, dit-il, est excellente ; elle a, en outre, le mérite d'être fort pratique. »

Soit ! merci pour cet appui ; mais pourquoi ajouter, ce qui gâte tout :

« L'idée n'en parait pas aussi neuve qu'on pourrait le croire L'application en a été faite depuis plusieurs années en Hollande, et elle a donné les meilleurs résultats. A l'Ecole industrielle féminine fondée à Amsterdam, par la Société du Bien public, une institution très florissante qui compte trois cents élèves, il y a une section spéciale d'enseignement pour les *aides apothicaires*. Ces aides sont particulièrement adjointes aux médecins de campagnes, qui possèdent tous chez eux une pharmacie ; un certain nombre sont également réclamées par les pharmaciens des villes. Les cours qu'on leur impose ont un caractère très sérieux : elles doivent apprendre la pharmacopée, les préparations chimiques élémentaires et des notions de médecine populaire et d'hygiène. Une cinquantaine de jeunes filles suivent annuellement ces cours. »

Nous n'avons jamais nié l'existence de ces aides apothicaires ; mais comme ces aides ne deviennent pas et ne sont jamais encore devenus des pharmaciennes, ce ne sont en somme que des surveillantes de pharmacie, tout à fait analogues aux surveillantes laïques de nos hôpitaux, du moins pour celles qui ont passé par les Ecoles d'infirmières. Il ne s'agit donc pas là d'exercice de la pharmacie par les femmes.

Quelques-uns de nos correspondants rapprochent encore de la profession de pharmacien exercée par des femmes, celles de sages-femmes. Ils oublient que ces deux professions conviennent au moins pour les candidats au titre de pharmacien de 1re classe, à des catégories de femmes tout à fait différentes, au point de vue du milieu social auquel elles appartiennent, de l'éducation et de l'instruction qu'elles ont reçues (1). Nous n'avons donc pas à nous arrêter sur ces réflexions. Et essayer de démontrer plus longtemps qu'elles n'ont rien à voir avec le sujet qui nous occupe, ce serait enfoncer une porte ouverte ! Marcel B.

L'éducation physique des jeunes filles.

Lundi dernier Mme le Dr Blanche Edwards-Pilliet a fait à l'Association philotechnique de Neuilly une très intéressante conférence sur l'éducation physique des jeunes filles. Un public nombreux, réuni dans le préau de l'Ecole, a applaudi la sympathique conférencière dont les débuts ont été couronnés de succès. Aussi nous faisons-nous un plaisir d'analyser les principaux points développés avec beaucoup de tact et de clarté par Mme Edwards-Pilliet, à qui les bravos les plus mérités n'ont pas été épargnés.

« L'éducation physique, a-t-elle dit, si fort en honneur chez les Grecs et les Romains, a été complètement abandonnée sous l'influence de l'esprit chrétien, qui voulait assurer la suprématie de l'âme sur le corps, en méprisant celui-ci ; par conséquent en négligeant la propreté la plus élémentaire et en faisant de la saleté un mérite aux saints du moyen âge. De même, en donnant aux saintes des visages pâles et des corps immatériels, elle a inspiré le mauvais goût des jeunes personnes pour l'anémie et la chlorose. Cet état est encore empiré par le développement donné à l'instruction depuis quelques années, et à la *claustration*, qui est le régime habituel des jeunes gens et des jeunes filles surtout.

« Les sorties, les promenades, les jeux sont une corvée tant pour les jeunes filles que l'on oblige à une tenue rigoureuse pendant la promenade faite en rangs, que pour les institutrices qu'elles ne délassent pas de leur surveillance. Dans l'*enfance*, il faut multiplier les récréations, l'esprit de l'enfant ne s'accommodant pas d'une tension trop prolongée sur un sujet uniforme. De même que, si dans les exercices physiques on fait travailler un muscle unique, on amène l'asphyxie de l'organe, la fatigue ; de même, si l'on fait travailler un groupe de cellules nerveuses, on amène la fatigue, l'asphyxie de ce groupe de cellules ; fatigue et asphyxie se traduisant par le même phénomène : *production d'acide carbonique* et disparition de l'oxygène.

« D'où la nécessité de varier les occupations intellectuelles de l'enfant et faire fonctionner alternativement les divers groupes de cellules de l'encéphale ; d'exercer tous ses sens simultanément, ce qui explique l'avantage et le succès des *leçons de choses*. Ceci constitue un véritable entraînement, analogue à celui que l'exercice donne aux muscles et permettra l'absorption de doses plus considérables à une période plus avancée.

« Les promenades au grand air, le jeu avec toute sa liberté, le grimper, le bruit et les cris, sont aussi indispensables à cet âge chez les petites filles que chez les petits garçons.

« Un costume très simple, très solide, peu ajusté et pas encombrant ; une coiffure également simple, des cheveux courts ou tressés, faciliteront aux enfants la liberté de leurs mouvements.

« La promenade dehors, au grand air, quotidienne, aura l'avantage de ne pas donner *à la vue* des enfants une limite toujours rétrécie, les quatre murs de leur prison ou de la pièce de travail. L'exposé fait par M. Motais de la myopie des petits animaux sauvages nés en cage, alors que les parents sont tous hypermétropes ; l'accroissement du nombre des myopes depuis la vulgarisation de l'instruction et la fréquence d'autant plus grande de la myopie, que les jeunes sujets restent plus longtemps dans le milieu scolaire, plaident en faveur d'exercices oculaires de vue à distance, pratiqués pendant des promenades au grand air.

« Pour l'*adolescence*, de 12 à 16 ans, pour cette période de transition où la fillette devient femme, il faudrait éviter tout ce qui peut exciter son système nerveux, par conséquent avancer ou reculer l'âge de la première communion, qui coïncide avec celui de la puberté. Associer aux jeux des fillettes les grandes, et même les institutrices, afin d'éviter les promenades *sérieuses* de ces trop précoces jeunes personnes ; fournir des instruments de jeux, balles, croquets, etc., etc. Promener régulièrement et tous les jours ces jeunes filles, en donnant un but agréable ou utile à l'exercice. Bain, natation en été ; canotage même ; visite d'un musée, d'un château, etc. ; éviter en un mot l'*ennui* si fréquent chez les fillettes et les jeunes garçons de cet âge transitoire. Enfin, il y a utilité de créer des *patronages de promenade* pour les apprenties, afin de les sortir *tous les dimanches*, en les soustrayant aux dangers d'une promenade entre fillettes non dirigées ; et aussi de créer des sociétés d'entraînement, de marche et de gymnastique, analogues à ce qui existe pour les garçons, sociétés qui seraient un corollaire indispensable aux sociétés de secours aux blessés militaires.

« La *jeune fille* de 16 à 20 ans, tant celle qui passe les examens que celle qui est à l'atelier, est par définition une chloro-anémique ; faisant une forte déperdition par le travail cérébral, elle ne répare pas, étant anorexique ; le résultat fatal, c'est le nervosisme, l'hystérie, la mélancolie et l'aliénation ; ou le lymphatisme, la tuberculose.

« Il faut *exiger* les promenades intéressantes ; les herborisations du dimanche ; interdire les travaux d'aiguilles pendant la récréation, conseiller le jeu et la gymnastique ; en été, la natation ; en tous temps, les bains et les douches froides en jet, puissant stimulant qui n'a jamais enrhumé personne, mais en régularisant la circulation a pu supprimer l'anorexie et les gastralgies, ainsi que les migraines des jeunes filles qui travaillent trop.

« Sous l'influence de l'éducation conventuelle, le principe dominant a été : « Soustraire à l'influence nocive de l'eau le plus possible du corps, et laver au minimum les parties exposées à l'air. » Dans une démocratie, il faut prodiguer aux enfants de toutes classes, filles et garçons, l'air respirable, et l'eau sous forme de bains et de douches ; aussi tout établissement qui compte des internes devrait être *obligé* d'avoir quelques baignoires *qui servent*, et un appareil à douches en jet.

« Beaucoup de promenades ; de récréations amusantes ; de l'hydrothérapie à profusion. Voici ce qui est indispensable pour nous créer une race de belles jeunes femmes, fortes et bien constituées, qui puissent nous aider à lutter avantageusement contre la dépopulation de la France. »

(1) Il est bien certain, toutefois, qu'un grand nombre d'institutrices feraient mieux de se faire recevoir sages-femmes plutôt que d'attendre pendant des années une place du gouvernement... qui souvent, ne vient pas.

Faculté de médecine de Toulouse.

Le ministre de l'instruction publique vient de désigner le personnel de la nouvelle Faculté mixte de médecine et de pharmacie créée à Toulouse. Voici la composition du corps professoral de cette Faculté. — *Professeurs titulaires : Anatomie :* M. Charpy, docteur en médecine. — *Histologie normale :* M. Tourneux, professeur à la Faculté de médecine de Lille. — *Anatomie pathologique :* M. Tapié, agrégé des Facultés de médecine. — *Médecine opératoire :* M. Labéda, docteur en médecine. — *Médecine légale :* M. Duponchel, docteur en médecine. — *Clinique médicale :* M. Caubet, docteur en médecine. — *Clinique médicale :* M. Mossé, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours complémentaire à la Faculté de médecine de Montpellier. — *Clinique chirurgicale :* M. Jeannel, docteur en médecine. — *Clinique chirurgicale :* M. Chalot, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. — *Clinique obstétricale :* M. Crouzat, docteur en médecine. — *Pharmacie :* M. Dupuy, pharmacien supérieur. — *Chimie et toxicologie :* M. Frébault, docteur en médecine.

Chargés de cours : Physiologie : M. Meyer, agrégé près la Faculté de médecine de Lille. — *Pathologie interne :* M. André, docteur en médecine. — *Pathologie externe :* M. Pénières, ancien agrégé des Facultés de médecine. — *Thérapeutique :* M. Saint-Ange, docteur en médecine. — *Hygiène :* M. Guiraud, docteur en médecine. — *Cliniques des maladies cutanées et syphilitiques :* M. Artigalas, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux. — *Clinique ophtalmologique :* M. Teison, docteur en médecine. — *Matière médicale :* M. Brœmer, pharmacien supérieur.

Chargés des fonctions d'agrégé : Médecine : MM. Bézy, Maurel et Rémond, docteurs en médecine. — *Chirurgie :* MM. Secheyron et Vieusse, docteurs en médecine. — *Anatomie et histologie :* M. Bédart, docteur en médecine. — *Chimie :* M. Marie, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences.

Les enseignements de physique, chimie et histoire naturelle de la première année de médecine seront donnés par la Faculté des sciences, à laquelle sont attachés pour cet objet, en qualité de chargé de cours de physique : M. Mathias; de chimie, M. Destrem ; de zoologie, M. Roule, docteurs ès sciences; de botanique, M. Lamic, pharmacien supérieur.

La nouvelle Faculté fonctionnera à dater du 1er avril prochain.

La Réforme de l'Enseignement médical à la Société médicale des Hôpitaux.

Depuis quelques mois, on se préoccupe beaucoup, nos lecteurs le savent, des réformes qu'il conviendrait d'apporter dans l'enseignement pratique de la médecine. La Société médicale des hôpitaux avait été convoquée en séance extraordinaire pour discuter la question de savoir si la réorganisation de cet enseignement devait se faire d'accord avec la Faculté de médecine ou indépendamment d'elle. La Société médicale des hôpitaux s'est réunie le vendredi 13 mars. Avant de décider s'il y a lieu *de créer une école municipale* ou une *école pratique de médecine,* elle a décidé, conformément à l'avis de M. le Pr Potain, d'examiner quelle serait la meilleure façon de faire les réformes projetées de concert avec la Faculté de médecine. (Voir le *Bulletin*).

Laïcisation du Bureau de Bienfaisance du Havre.

Le Conseil municipal du Havre, par 17 voix contre 13, vient de procéder à la laïcisation du Bureau de Bienfaisance de cette ville. On sait que c'est grâce au moyen d'action que leurs fournissent les Bureaux de Bienfaisance que les religieuses, dans leurs visites au sein des familles pauvres, agissent pour recruter des élèves aux écoles congréganistes et faire une active propagande contre la République. Ajoutons que dans certaines villes et en particulier Paris, quand les sœurs étaient les maîtresses absolues des maisons de secours, il n'existait pas, à proprement parler, de comptabilité pour les médicaments. Où allaient les médicaments? Dieu seul et les bonnes sœurs le savent.

Enseignement médical libre.

Cours de gynécologie. — M. le Dr Auvard, le mardi 5 mai, à 4 heures 1/2, à sa clinique privée, 15, rue Malebranche.

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs Boissard et Lepage, 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Thérapeutique oculaire.— M. le Dr Landolt, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

2e *Cours de gynécologie opératoire* (*Policlinique de Paris*). — MM. Vulliet, Lutaud et Ad. Olivier, le mardi, à 2 heures de l'après-midi.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. Picard, cours public et gratuit le lundi et le vendredi, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéatre d'anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire :* MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* commenceront le lundi 6 avril 1891, à quatre heures. — 2° *Conférence d'histologie :* Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr Bourcy, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — Nota : Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre à partir du 1er avril.

Cours de Biologie, — Professeur, M. G. Pouchet, à l'Hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture, — M. Jousset de Bellesme, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

NÉCROLOGIE.

LOUIS.

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre ami et collaborateur Louis, qui a succombé cette semaine à une pneumonie infectieuse. Louis (Charles) était né à Sommelans (Aisne), le 4 avril 1863. A sa sortie du lycée, il entreprit l'étude de la médecine et fut nommé interne en janvier 1888. En dernier lieu, il était à la Charité dans le service de M. le professeur Brouardel. Louis était d'une intelligence remarquable et un travailleur infatigable. Sa douceur et son amabilité l'avaient fait sérieusement estimer de ses maîtres, de ses collègues et de tous ceux qui avaient un commerce avec lui. Amoureux de réformes et de progrès, il avait accepté depuis 1888 la fonction de professeur de notions élémentaires d'anatomie à l'Ecole municipale d'infirmières de la Pitié, fonctions qu'il remplit toujours avec le plus grand zèle et la plus grande sagacité.

Une foule nombreuse de professeurs et d'amis avaient tenu à venir rendre à Louis les derniers hommages. Le corps de notre ami a été conduit à la gare du Nord pour être transporté à Crépy-en-Valois, où devait avoir lieu l'inhumation. Derrière le fourgon, nous avons remarqué MM. Brouardel, Budin, Horteloup, et nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, Derouin, secrétaire général, Bernheim, membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, et les directeurs des hôpitaux où il avait été externe ou interne, entre autres MM. Oudot, directeur de la Pitié, Juramie, directeur de Bichat, Gillet, directeur de la Charité, etc., etc. Une députation des internes des hôpitaux, les internes en médecine et en pharmacie de la Charité, une députation des élèves de l'école municipale d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié, et une de l'hôpital de la Charité suivaient le convoi. De nombreuses couronnes ornaient le fourgon funèbre. Nous devons citer celles offertes par Mme et M. Brouardel, celle des internes des hôpitaux, celle des internes en médecine et celle des internes en pharmacie de la Charité. On remarquait également les couronnes des infirmiers et infirmières et de la direction de la Charité, celle des malades du service, de l'école de la Pitié, etc. A la gare du Nord, M. Peyron, au nom de l'Assistance publique, a adressé quelques paroles d'adieu. M. Brouardel, vivement impressionné, a prononcé un touchant éloge de son cher élève, puis, au nom des internes de la Charité, M. Chipault a rendu en termes émus le dernier hommage au collègue si brusquement enlevé à l'amitié et à l'estime de tous.

Le *Progrès Médical* envoie à la famille de notre malheureux ami l'expression de ses sentiments respectueux de condoléance.

A. Rouselet.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 15 mars 1891 au samedi 21 mars 1891, les naissances ont été au nombre de 1194 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 465 ; illégitimes, 159, Total, 624. — *Sexe féminin :* légitimes, 402 ; illégitimes, 168, Total, 570.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 mars 1891 au samedi 21 mars 1891, les décès ont été au nombre de 1198 savoir : 628 hommes et 570 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 8, F. 8, T. 16. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 8, F. 7, T. 15. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 6, F. 9, T. 15. — Diphtérie, Croup : M. 19, F. 14, T. 33. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 142, F. 83, T. 235. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 16, T. 31. — Tumeurs bénignes : M. 15, F. 16, T. 31. — Tumeurs malignes: M. 11, F. 49, T. 60. — Méningite simple : M. 20, F. 17. T. 37. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 30, F. 29, T. 59. — Paralysie : M. 1, F. 7, T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 6, T. 9. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 40, T. 72. — Bronchite aiguë : M. 29, F. 17, T. 46.— Bronchite chronique : M. 28, F. 27, T. 55. — Broncho-Pneumonie : M. 25, F. 29, T. 54 — Pneumonie : M. 38, F. 37, T. 75. — Gastro-entérite, biberon, M. 13, F. 13, T. 26. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 13, T. 18. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6, T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 6. T. 6. — Débilité congénitale : M. 17, F. 11, T. 28.— Sénilité : M. 14, F. 30, T. 44. — Suicides : M. 15, F. 4, T. 19. — Autres morts violentes : M. 12, F. 6, T. 18.— Autres causes de mort : M. 126, F. 85, T. 211. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 0, T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 45, illégitimes, 15. Total : 60. — *Sexe féminin :* légitimes, 27, illégitimes, 11. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Démonstrations pratiques de physiologie,* sous la direction de M. le Dr LABORDE, chef des travaux pratiques de physiologie. — Les démonstrations pratiques de Physiologie commenceront le lundi 6 avril 1891, sous la direction de M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'Ecole pratique, les lundis et vendredis, à 4 heures. Les élèves de 2e et 3e années (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations : les élèves de 2e année, du 6 avril au 18 mai; les élèves de 3e année, du 22 mai au 5 juillet. Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Stage obstétrical. — Le *Bulletin médical* sait que l'organisation du stage obstétrical, telle que le conçoit la Faculté, a reçu l'approbation du ministre. Ce stage serait de trois mois et aurait lieu après la 16e inscription. La 1re partie du 5e examen comprendrait 2 épreuves (clinique obstétricale, clinique chirurgicale).

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le Pr BAILLON commencera le cours d'histoire naturelle médicale le lundi 6 avril 1891, à 11 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie interne. — M. MARIE, agrégé, commencera ces conférences le lundi 6 avril 1891, à 3 heures (Petit Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de pathologie externe. — M. NÉLATON, agrégé, commencera ces conférences le mardi 7 avril 1891, à 3 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours de physique médicale. — M. le Pr GARIEL commencera le cours de physique médicale le lundi 6 avril 1891, à 10 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera, à midi, les mercredis et vendredis et, à 10 heures, les lundis suivants. — Objet du cours : *Phénomènes généraux et applications biologiques de la chaleur, des radiations, de l'acoustique et des actions moléculaires.*

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. PHOCAS, agrégé, est chargé, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de médecine opératoire à la dite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. ALBERTIN, docteur en médecine, ancien prosecteur à la dite Faculté mixte, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur du laboratoire de médecine opératoire à la dite Faculté, en remplacement de M. Pic, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr GRACIETTE est délégué, à partir du 1er avril prochain, dans les fonctions de sous-bibliothécaire à la bibliothèque universitaire de Toulouse (médecine, sciences) [emploi nouveau].— Enfin ! ça commence ! dit la *Gazette des hôpitaux de Toulouse.* Les nominations tant attendues sortent peu à peu du ministère. Nous apprenons que M. le Dr Graciette, bibliothécaire de l'Ecole de plein exercice, est nommé bibliothécaire adjoint de la Faculté. — M. Mazeirac, secrétaire de la Faculté des lettres, est nommé secrétaire de la Faculté des sciences et de médecine, dont, paraît-il, les deux secrétariats seraient réunis en un seul. — M. Roche, secrétaire de l'Ecole de plein exercice, resterait provisoirement à la Faculté comme secrétaire adjoint. A quand les nominations des professeurs ?

ECOLE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. LOISON (Edouard-Joseph), bachelier ès sciences, est nommé préparateur d'hydrologie et minéralogie à la dite Ecole, en remplacement de M. Tendron, démissionnaire.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES ETUDES. — M. GUILLET (Amédée), licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, est nommé préparateur adjoint au laboratoire de physique dirigé par M. Lippmann, à la dite Ecole, en remplacement de M. Chassy, démissionnaire.

ECOLE PRÉPARATOIRE D'ANGERS. — M. MAREAU, suppléant des chaires de chirurgie et de clinique obstétricale et chargé d'un cours d'anatomie à la dite Ecole, est nommé professeur d'anatomie à la dite Ecole.

ECOLE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — M. Alphonse Mathieu, élève de troisième année à l'Ecole de santé militaire, prenait hier sa leçon d'équitation, au manège de la Part-Dieu, quand il fut désarçonné. Sa tête porta contre un mur et il eut le crâne fracturé ; il est mort quelques heures après.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Par décision du 17 février 1891, M. le Recteur a autorisé l'ouverture d'un concours à ladite Ecole, le mardi 19 mai 1891, pour une place de chef de clinique chirurgicale, qui sera vacante le 1er juin 1891, date de l'expiration du mandat de M. le Dr Bellouard.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE TOURS. — M. le Dr GILLES est délégué, pour un an, à dater du 16 mars 1891, dans les fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie et de chef des travaux anatomiques et physiologiques à la dite Ecole.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Prix de* 1891. — La commission pour le prix Barbier (Concours 1891) est composée de MM. Bouchard, Chatin, Verneuil, Charcot, Larrey. Les autres membres proposés, qui ont obtenus le plus de voix, sont MM. Duchartre et Van Tieghem.

ASSAINISSEMENT DES VILLES. — Par une loi du 23 mars 1891, la ville de Saumur (Maine-et-Loire) est autorisée à emprunter 400,000 francs pour travaux de canalisation des eaux.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES AMÉRICAINES. — L'objet de cette association, qui a son siège à New-York, dit *The New-York Medical Journal*, p. 104, 24 janvier 1891, est de protéger, de secourir dans la maladie ses adhérentes ; de constituer un fonds de caisse, de payer les inhumations, et de soutenir amicalement les intérêts professionnels des infirmières ; on a également proposé de former une caisse de prêts à laquelle pourraient s'adresser les membres de l'association lorsqu'ils seraient sans occupation.

BOURSE DE LICENCE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de licence aura lieu au siège des Facultés des sciences le mercredi 1er juillet. Il est accordé quatre heures pour chacune de ces compositions ; elles commenceront à huit heures du matin. Les candidats s'inscrivent au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 20 juin, à quatre heures.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE.— Le prochain Congrès international d'hygiène et de démographie aura lieu à Londres, cette année, du 10 au 17 août. Le Comité d'organisation est présidé par Sir Douglas-Galton ; le secrétaire général pour l'étranger est M. Corfield.

COMITÉ DE PATRONAGE D'ÉTUDIANTS ÉTRANGERS A PARIS. — Le dîner qui réunissait jeudi dernier des maîtres de l'Université, MM. Lavisse, Michel Bréal, Georges Picot, Paul Melon, secrétaire du comité de patronage des étudiants étrangers, et une trentaine d'étudiants français et étrangers, avait pour but de fêter la création d'une institution fort utile. A son arrivée à Paris, l'étudiant venant de l'étranger ne sait souvent à quelle porte frapper pour obtenir les renseignements nécessaires à sa bonne installation dans la capitale. Il ignore nos méthodes d'enseignement et est, le plus souvent, très embarrassé pour le choix des cours qu'il doit suivre. Nous avons eu déjà l'occasion d'exposer qu'un comité de patronage

s'était fondé pour venir en aide aux étudiants se trouvant dans ce cas. A son tour l'Association des étudiants, désirant collaborer à cette œuvre, a offert au comité du patronage son concours le plus absolu pour lui permettre d'atteindre son but.

Femmes pharmaciens. — Le *Progrès médical* mène en ce moment une campagne énergique pour obtenir l'admission des femmes à la profession de pharmacien. Cette campagne est, de tous points, excellente, et il est certain que parmi les carrières libérales, c'est une de celles que la femme peut le mieux exercer. (*Mercredi médical*, 25 mars.)

Hôpital pour les étudiants. — Il vient de s'ouvrir à Vienne un hôpital exclusivement réservé aux étudiants. L'établissement a été fondé par l'Association des étudiants et possède 38 lits, dont 8 de chirurgie et 9 installés dans un pavillon d'isolement pour les maladies infectieuses. Le médecin chargé du service est le Dr Redsenbacher.

Le stage obstétrical. — Nous apprenons que l'organisation du stage obstétrical vient enfin de recevoir l'approbation du ministre. Ce stage serait de un mois et aurait lieu après la seizième inscription. La première partie du cinquième examen serait divisée en deux épreuves élémentaires (Clinique obstétricale, Clinique chirurgicale). Nous reviendrons prochainement sur cette décision.

Legs Le Mettais. — Le Directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans le testament olographe du 1er janvier 1888, le legs fait à la dite Ecole, par le sieur Pol-Edouard Le Mettais, de la nue propriété d'une somme de deux cent mille francs (200.000 fr.), dont le revenu, à dater du décès de l'usufruitière, sera employé à une fondation destinée au perfectionnement des études des jeunes gens que l'Ecole jugera les plus dignes de cette faveur. Cette fondation portera le nom du testateur. (*Décret du 7 mars.*)

Nouveaux Hopitaux en Turquie. — Nous enregistrons avec plaisir l'inauguration des hôpitaux suivant : 1° Un grand hôpital militaire, dit *Timour-Tach*, à Andrinople, pouvant loger de 1,000 à 1,500 malades ; 2° Un hôpital militaire à Mételin et du nouveau pavillon de l'hôpital *Hasseki* de notre ville. (*Gaz. des hôp. de l'Empire Ottoman.*)

Le platrage des vins. — Ces jours-ci, on a discuté à la Chambre des Députés la loi sur les vins. M. Broussel, rapporteur a défendu la loi Griffe en rappelant que l'Académie de médecine. et le Conseil d'hygiène affirmaient qu'une dose de plus de 2 gr. de sulfate de potasse par litre est dangereux pour la santé.

L'épidémie de scarlatine du lycée Saint-Louis. — A la suite des quelques cas de scarlatine qui se sont produits au lycée Saint-Louis, le ministre a chargé une commission médicale, composée de MM. Brouardel, Troisier et Ollivier, médecins du lycée et des hôpitaux, de lui adresser un rapport sur la situation sanitaire de l'établissement. Ce rapport, en date du 13 mars, constatait que la situation actuelle était satisfaisante : Il n'y avait ce jour-là à l'infirmerie que deux scarlatineux en convalescence. En tenant compte des accidents survenus dans le lycée ou en dehors du lycée depuis quelques semaines, on ne peut pas dire qu'il y ait eu une véritable épidémie ; pendant les vacances de Pâques, on procédera à des mesures générales d'assainissement pour assurer le lycée, à la rentrée, contre tout nouveau cas de maladie.

Les fêtes universitaires de Gand. — Après le travail, des fêtes splendides. Puis les étudiants se sont réunis à l'Eden-Théatre et successivement MM. Lafontaine, de Montréal (Canada), Vachal, de Paris, Weil, de Nancy, Hurel, de Caen, Lepage, de Lille, Balinescu, de Bucarest, qui a appelé la Roumanie la « Belgique de l'Orient », ont remercié les étudiants gantois de leur accueil fraternel. Les étudiants de toutes les Universités ont apporté à Gand les mêmes sentiments fraternels, les mêmes aspirations libérales, le même empressement à se connaître. Autrefois, les étudiants se renfermaient chez eux ; aujourd'hui, ils se recherchent et s'unissent. Ce mouvement sans précédent, cette obscure notion d'une union fraternelle pour la liberté et le progrès sont des symptômes qu'il convient de signaler. Les délégués français ont été entraînés par leurs camarades des Universités voisines à d'autres voyages : les étudiants de Bruxelles doivent recevoir plusieurs d'entre eux et d'autres ont suivi les étudiants d'Anvers.

Médecins sénateurs. — M. le Dr Guindey, conseiller général républicain, a été élu par 558 voix, le dimanche 15 mars, sénateur du département de l'Eure.

Mortalité a Constantinople. — La mortalité de la ville de Constantinople du 12 décembre au 12 janvier (n. s.) 1891, a été de 1101 décès, dont 68 de variole. Les hommes entrent pour 576, tandis que les décès des femmes ne sont que de 525. Il y a une diminution de 15 0/0 environ relativement à la période correspondante à l'année dernière. (*Gaz. des hôp. de l'Empire Ottoman.*)

Prix *de médecine navale pour* 1890. — Conformément aux articles 50 et 51 de l'arrêté ministériel du 24 juin 1886, le Conseil supérieur de santé, chargé de l'examen des rapports adressés ou réservés pour le prix de médecine navale (année 1890), s'est réuni en séance spéciale le 25 février 1891. Parmi les travaux qu'il a examinés, les suivants ont été reconnus susceptibles de concourir pour le prix : Rapport de fin de campagne pour la division de l'extrême Orient et les forces navales stationnées en Indo-Chine, par M. le médecin principal Ségard ; — Rapport de fin de campagne pour la division navale de Terre-Neuve, par M. le médecin de 1re classe Jan ; — Rapport médical sur la campagne dans l'Océan Pacifique, du croiseur le *Champlain*, par M. le médecin de 1re classe Bellot ; — Rapport médical sur les pontons-hôpitaux l'*Alceste* et la *Minerve*, au Gabon, par M. le médecin de 1re classe David ; — Rapport de fin de campagne du croiseur *le Sané* (division de l'Atlantique), par M. le médecin de 1re classe Bahier ; — Rapport de fin d'année de M. le médecin de 1re classe Chevalier, médecin-major du *Forbin* (escadre de la Méditerranée occidentale et du Levant). — Après en avoir délibéré, le Conseil, regrettant qu'il n'y ait qu'un prix unique, est d'avis : 1° De décerner le prix de médecine navale pour 1890 à M. H.-G. Chevalier, médecin de 1re classe de la marine. 2° D'accorder à M. le médecin principal Ségard (C.-M.-J.-T.), une mention spécialement honorable. 3° De proposer au ministre, pour un témoignage de satisfaction, MM. les médecins de 1re classe Jan (J.-A.-M.), Bellot (G.) et David (L.-F.-G.). (*Archives de médecine navale.*)

Prix Parkin. — Aux termes d'un legs fait par M. le Dr John Parkin au Collège Royal des médecins d'Edimbourg, ledit collège offre aux compétiteurs de toutes les nations un prix de 2,500 à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante : Des effets curatifs du gaz acide carbonique et autres formes du charbon dans le choléra, les différentes formes de fièvre et autres maladies. Les manuscrits qui seront envoyés au concours devront être rédigés en langue anglaise et adressés à M. G.-A. Gibson, secrétaire du Collège, avant le 31 décembre 1892. Chaque travail devra porter une devise et être accompagné d'une enveloppe fermée qui contiendra cette devise et le nom de l'auteur. Le mémoire couronné devra être publié *in-extenso* par l'auteur et à ses frais dans le délai de trois mois après l'adjudication du prix. On devra en envoyer un exemplaire au Collège.

Pharmaciens militaires en Turquie. — Un Iradé Impérial, prescrit d'admettre dorénavant dans les écoles préparatoires militaires, 25 élèves qui étudieront spécialement la pharmacie et la chimie. Cette mesure est prise à cause du manque des pharmaciens militaires. Il y a deux ans, on a procédé de la même façon pour les écoles vétérinaires. (*Gaz. des hôp. de l'Empire Ottoman.*)

Réorganisation de la médecine légale. — La *Société de la Gironde*, consultée par le Conseil général de l'Association des médecins de France, relativement à la pratique de la médecine légale, approuve : 1° Qu'il soit créé un diplôme spécial conférant le titre de médecin expert ; 2° Est d'avis : Que, dans les cas qualifiés *crimes*, l'expertise médico-légale soit confiée à deux ou trois médecins experts désignés d'un commun accord par la justice et par l'inculpé ; 3° Qu'un *Régulatif* uniforme soit adopté dans les premières opérations de toute expertise médicale ; 4° Qu'en attendant un nombre suffisant de médecins munis de diplôme visé ci-dessus, il soit établi tous les ans, par chaque Cour d'appel et après avis préalable de la Faculté de médecine et des tribunaux de première instance de la région, une liste de médecins auxquels on pourra confier les expertises médico-légales.

Sanatorium de Ver-sur-Mer. — Un sanatorium pour le traitement des enfants scrofuleux, lymphatiques et débiles doit être ouvert du 1er mai au 1er novembre, à Ver-sur-Mer (Calvados). Pour tous renseignements, s'adresser à MM. les Drs Biron et Testelin, à Argenteuil (S.-et-O.). Si le chemin de fer Decauville, voté par le Conseil général du Calvados, de Courseulles à Arromanches se fait, l'accès de cette station maritime sera rendu très facile.

Scarlatine au lycée d'Evreux. — Par suite de quelques cas de scarlatine qui ont été constatés dans cet établissement, les élèves, dit le *Rappel de l'Eure*, ont été licenciés et les vacances ont ainsi été avancées de quelques jours.

Société de psychologie physiologique. — On sait que, dans certains cas, mal déterminés encore, il est arrivé qu'on ait cru voir ou entendre une personne absente. La Société de psychologie physiologique a nommé récemment une commission pour s'occuper de cette question. Cette commission est composée de MM. Sully Prudhomme (de l'Académie française), président ; G. Ballet, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Beaunis, professeur à la Faculté

de médecine de Nancy; L. Marillier, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes; Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et le colonel A. de Rochas, administrateur de l'Ecole Polytechnique. Les personnes qui ont observé des faits pouvant intéresser cette commission d'étude sont priées d'en informer un des membres de la commission, ou le secrétaire, M. L. Marillier, 7, rue Michelet. Il est bien entendu qu'aucun nom ne sera publié sans une autorisation formelle. (*Revue scientifique.*)

TUBERCULOSE. — *Interdiction de la vente du remède de Koch en Bavière.* — La *Gazette universelle* de Munich annonce que, samedi dernier, l'administration supérieure a interdit aux pharmaciens de la capitale bavaroise de vendre la lymphe du docteur Koch. L'interdiction est absolue. Le remède doit être refusé, même aux médecins.

UNE FÊTE MÉDICALE A STRASBOURG. — M. le Dr Eugène Bœckel, un des vétérans du corps médical de Strasbourg, a célébré samedi dernier le 80e anniversaire de sa naissance et a reçu à cette occasion les félicitations d'un grand nombre de ses concitoyens.

UNE SOCIÉTÉ ANTHROPOMÉTRIQUE américaine se fonde à Philadelphie. Son but est l'étude des cerveaux des membres décédés par les survivants, et on conçoit avec quelle impatience les sociétaires épient les uns chez les autres les moindres signes d'un malaise ou d'une maladie. Une Société analogue a précédé celle-ci, mais elle a commis la faute de mourir avant qu'un seul de ses membres se soit décidé à trépasser.

VARIOLE. — La variole continue à sévir avec intensité, tant sur la ville que dans le haut Bosphore.

NÉCROLOGIE. — M. Aug-Th. CAHOURS, commandeur de la Légion d'honneur, membre de l'Académie des sciences (section de chimie). M. Cahours était né en 1813. Admis à l'Ecole polytechnique et classé, à sa sortie, dans le corps d'état-major, il donna sa démission et entra dans l'instruction. Il fut tour à tour professeur à l'Ecole centrale, répétiteur de chimie à l'Ecole polytechnique, essayeur à la Monnaie. Il fut un des premiers chimistes qui établirent le transport des radicaux moléculaires en chimie organique, et, par suite, un des créateurs des formules de constitutions aujourd'hui universellement adoptées. Il a laissé de nombreux et remarquables travaux sur les *densités de vapeurs*, sur la détermination des *indices de réfractions des liquides*, sur les *radicaux métalliques*, sur les sulfures, etc. Il avait été élu membre de l'Académie des sciences en 1868, en remplacement de Dumas. — Le Dr D. ENRIQUE ANTRADE Y ALAU, professeur à la Faculté de Valladolid. — DAN SANTIAGO LOPEZ FRAILE, fondateur de la Société médico-pharmaceutique de Salamanque. — M. le Dr SUZON (de Lunéville). — M. le Dr VOISARD (de Vesoul). — Le Pr CAMILLO DE MEIS vient de mourir à Boloyne, à l'âge de 70 ans. Né à Bucchianico, il fit ses études médicales à Naples et fut élu député au Parlement napolitain en 1848. Exilé en France pour ses idées libérales, il a toujours conservé pour notre patrie une amitié des plus vives et a été un de nos plus fervents admirateurs. Parmi les ouvrages de C. DE MEIS, citons: *Eléments de médecine*; *principes élémentaires de pathologie*; *des espèces végétales*; *lettres sur la chimie physiologique*; *de la médecine expérimentale*; *histoire de la médecine*; *Della medicina religiosa e mammiferi*. — Vient de mourir à Palerme, M. LUIGI FASCE, professeur de physiologie à l'Université de cette ville. Il prit part avec Garibaldi à la guerre de l'indépendance. Il était né à Gênes et avait 62 ans. — M. le Dr SAINTON (de Chinon). — M. LAFAYE (de Condé-en-Brie). — M. ARNOUD, étudiant en médecine de la Faculté de Bordeaux, décédé à Thans. A ses obsèques assistait une délégation de l'Association des étudiants de Bordeaux. — M. le Dr Emile BERGEON, ancien sénateur républicain des Deux-Sèvres, décédé au château de Gosselinière, près Thouars. Il était né à Argentan-le-Chateau, le 21 juillet 1828; il fit ses études médicales et fut reçu docteur en 1852. Maire de la commune de Sainte-Verge en 1865, il fut nommé conseiller d'arrondissement en 1880, puis conseiller général du canton de Thouars en 1882. En 1885, le Dr Bergeon fut élu sénateur, en remplacement de M. de Reignié, décédé. Il ne s'était pas représenté, pour raison de santé, au récent renouvellement partiel. — M. Auguste LAFITTE, ancien député de l'Oise, l'un des propriétaires autrefois, de l'asile de Clermont, vient de mourir.

TROYES-SAINTE-SAVINE (Aube). — 5,000 habitants sans compter les communes environnantes. — Appartement pour médecin, à louer, le 1er octobre. — Clientèle assurée. — S'adresser à M. E. ROSNIER, 51, rue du Marché, à Neuilly (Seine).

BONNE OCCASION. — Un de nos abonnés quittant la France pour s'établir à l'étranger, céderait au prix net de 50 francs la deuxième série du *Progrès médical* (1885-1890) formant 10 volumes en très bon état. — S'adresser au bureau du Journal.

VENDÉE. — Poste médical vacant excellent avec la pharmacie.

Clientèle aux portes de Paris, banlieue Sud-Ouest à céder d'urgence. (S'adresser aux bureaux du *Progrès médical*).

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses*; M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours: *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale: M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie.* M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale*: M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale*: M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boulevard Saint-Germain.

DUPLAY (S.) et RECLUS (P.). — Traité de chirurgie. Tome III. par MM. Poncet, Nélaton, Lagrange, Quénu, Gérard-Marchant et Kirmisson. Volume in-4° de 828 pages, avec 261 figures. — Prix . . . . 18 fr.

FÉLIZET (G.). — La cure radicale des hernies, particulièrement chez les enfants. Volume in-8° de 103 pages, avec 4 planches. — Prix . . . . 2 fr. 50

KUMMER (E.). — Ostéotomie linéaire courbe. Brochure in-8° de 5 pages, avec 3 fig. (Extrait de la *Revue d'Orthopédie.*)

ZAMBACO PACHA. — Voyages chez les lépreux. Volume in-8° de 407 pages, avec une carte indiquant les localités lépreuses. Volume in-8° de 407 pages.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. — N° 14. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 4 AVRIL 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

Un cas de sciatique avec paralysie amyotrophique dans le domaine du poplité, déterminée par l'usage exagéré de la machine à coudre ;

par MM. J.-B. CHARCOT, interne du service et H. MEIGE, interne provisoire des hôpitaux.

Il nous a paru intéressant de publier l'observation d'une malade actuellement dans le service clinique de la Salpêtrière, d'autant plus que l'examen de cette malade ayant été le sujet d'une des *Leçons du mardi* (1) de M. le Pr Charcot, nous pourrons ajouter à l'observation elle-même les considérations que notre maître a présentées sur ce cas.

Cette jeune femme est atteinte d'une de ces sciatiques paralytiques sur lesquelles M. Charcot a appelé l'attention l'an passé et dont plusieurs exemples ont été publiés dans les *Archives de Neurologie* (septembre 1890, n° 59), par MM. Guinon et Parmentier sous ce titre : « *Sur une complication peu connue de la sciatique. Paralysie amyotrophique, dans le domaine du poplité.* »

Le fait de la paralysie amyotrophique poplitée compliquant une sciatique est déjà chose intéressante. A l'étude détaillée et récente de MM. Guinon et Parmentier nous n'aurions qu'à ajouter sans commentaires notre observation s'il n'y avait lieu de signaler ici quelques particularités d'évolution qui sortent de l'ordinaire ainsi qu'un élément étiologique spécial : l'affection paraît s'être développée sous l'influence de l'usage prolongé et excessif de la machine à coudre.

Plusieurs fois on a relevé l'existence de diverses affections du système nerveux déterminées par l'abus de la machine à coudre. M. Guilliot (*Semaine médicale* du 7 et du 10 janvier 1882) relevait cet abus comme une des causes du tabes. Le rôle de la machine à coudre dans la pathogénie du tabes a été également étudié par M. Guibout (2), qui insiste sur l'excitation génésique provoquée par le mouvement des jambes, et ce ne serait, pour cet auteur, que par l'intermédiaire de cette excitation que l'usage de la machine à coudre jouerait un rôle dans la pathogénie du tabes (?). Docon (3) également note l'irritation interne des parties génitales, mais Decaisne (4), dans une communication à l'Académie des Sciences, après un examen de 661 femmes, conclut que « l'influence du travail et de la machine à coudre est nulle sur le système nerveux, douteuse sur le système génital, mais plus marquée sur le système locomoteur. Layet (5) constate l'affaiblissement de l'innervation des membres inférieurs chez les ouvrières à la machine et n'est pas éloigné de croire à une altération trophique

(1) *Leçons du Mardi.* Février, 1891.
(2) Guibout. — *Union médicale*, 1866, p. 501.
(3) Docon. — *British medical Journal*, 1870. Vol. II, p. 28.
(4) Decaisne. — *Acad. des sciences*, 1870, 16 mai. (*La machine à coudre et la santé des ouvrières*).
(5) Layet. — *Hygiène des professions*, 1875, p. 508.

de certains départements de la moelle épinière. Evidemment, comme l'a fait remarquer M. Charcot dans son cours, il ne saurait s'agir là, pour ce qui concerne le tabes, que d'une cause occasionnelle, provocatrice, mais pour ce qui concerne la sciatique, l'influence est peut-être plus directe ; nous la voyons signalée par Seelig-Müller (1), qui cite un fait dans lequel l'usage de la machine à coudre pouvait être incriminé, et par M. Eichorst (2) dans son traité classique à l'article sciatique. On connaît d'ailleurs pour la sciatique toute une série de causes traumatiques paraissant avoir suffi pour déterminer de toutes pièces le développement de la maladie ; les marches forcées, le séjour longtemps assis dans une voiture cahotée, etc., etc. L'influence d'une machine à coudre serait probablement quelque chose de ce genre dans la pathogénie de la sciatique. Le fait que la névrite dont est atteinte notre malade semblerait consécutive à l'abus de la machine nous a paru intéressant, les observations de ce genre étant rarement signalées, peut-être parce que l'attention n'a pas été portée sur ce point.

OBSERVATION. — La nommée V... D... Léonie est âgée de 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père buveur, travaillait dans une usine de caoutchouc, généralement bien portant, sauf quelques accès de fièvres intermittentes (??). Il y a quinze ans environ, il fut enfermé quatre mois à Ville-Évrard comme fou. Rendu à sa famille, depuis lors il n'a jamais présenté de troubles mentaux, n'a jamais eu d'attaques. Mère, deux sœurs et un frère vivants et bien portants. Notons cependant qu'une des sœurs de la malade, employée dans le même atelier qu'elle et ouvrière à la machine, a dû changer d'état à cause des crampes qu'elle éprouvait dans la jambe droite. Depuis, elle ne s'en est point ressentie.

Antécédents personnels. — La malade a généralement été bien portante, elle est réglée depuis onze ans et demi régulièrement. Pas de manifestations rhumatismales. Elle a eu un enfant en 1881, qui est mort d'une méningite.

Depuis l'âge de quatorze ans piqueuse à la machine, elle travaille en moyenne quatorze heures par jour. Elle est continuellement assise, et continuellement fait mouvoir les pédales de son instrument, les deux pieds agissant successivement, mais le droit fatiguant davantage. Elle travaille dans un atelier vaste, aéré et jamais humide. Elle couche dans une chambre qui n'est ni froide, ni humide. Jamais elle n'avait été malade ; cependant, il y a deux ans, pendant quelques mois, elle a eu de temps en temps le cou serré et elle s'est mise à pleurer par crises. Ces phénomènes cessèrent, mais il y a dix-huit mois environ, elle a souffert d'un point douloureux dans le côté droit ; cette douleur fut traitée par son médecin comme affection du foie.

Parfois, la nuit, elle éprouvait des crampes douloureuses dans le pied et la jambe, surtout à droite ; elle les mettait sur le compte de son métier. Elle s'est plaint fréquemment de douleurs de tête. Elle aurait eu aussi des fièvres intermittentes, quoique n'ayant jamais vécu dans des pays marécageux.

Histoire de la maladie. — Vers le mois de mai 1890 apparaissent les premières douleurs dans la jambe droite. Ce sont d'abord comme des courbatures douloureuses dans le mollet et une certaine faiblesse, une maladresse du pied droit. Bientôt, la douleur se localise nettement au creux poplité (nerf poplité

(1) *Dictionn.* de Jaccoud, art. *Sciatique*, par Homolle.
(2) Eicchorst. — *Handbuch der speciellen pathologie und Therapie*, p. 95.

externe), assez vive pour gêner la marche et rendre fort pénible la manœuvre de la machine à coudre; la nuit, cette douleur l'empêchait de dormir. Mais, de crainte de perdre son travail, notre malade dissimula sa souffrance à l'atelier, évitant de se lever, restant toujours assise pour qu'on ne la voie pas boîter.

Dès cette époque, elle remarque que son pied droit est enflé, le soir, plus froid et plus rouge, et qu'elle a de la peine à le redresser; elle se plaint également d'une douleur siégeant au niveau du tendon d'Achille.

En septembre, ses douleurs sont si vives qu'elle doit quitter son travail; elle reste chez elle à la chambre, sans toutefois s'aliter complètement. Alors apparaît un nouveau point douloureux qui siège à la naissance de la cuisse droite, entre l'ischion et le grand trochanter. Pendant trois semaines, la douleur est extrêmement vive et la malade ne peut absolument pas s'asseoir sur la fesse droite. Toutes ces douleurs, que la malade localise bien sur le trajet du sciatique, existaient spontanément et étaient exacerbées par la pression et la marche. Elle indique aussi vaguement les points fessiers, fémoraux, péronéen et malléolaires. Un médecin qu'elle fit venir la traita pour une paralysie et l'électrisa tous les deux jours.

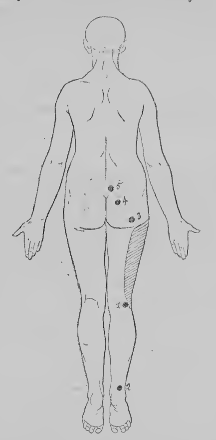


Fig. 24. — Points douloureux. (Les chiffres indiquent l'ordre d'apparition.)

La douleur diminua peu à peu en quittant d'abord la région fessière. Elle a duré environ huit mois, mais le pied reste tombant, il bute contre le moindre obstacle et la marche est très pénible. C'est devant la persistance et l'exagération de ce dernier symptôme que la malade se présente à la consultation de la Salpêtrière, le 3 février 1891.

Etat actuel. — Les apppareils circulatoire, respiratoire, digestif et génito-urinaire n'offrent rien d'anormal.

Motilité. — A. *Membres inférieurs, face, cou, tronc, membre inférieur* gauche, sains.

B. *Membre inférieur droit.* — La malade fléchit et étend sans peine et sans douleur la cuisse sur le bassin et la jambe sur la cuisse. La résistance aux mouvements de flexion et d'extension qu'on lui imprime est un peu moindre que pour le membre sain.

La malade assise peut s'appuyer aujourd'hui sur sa fesse droite sans grande douleur, mais le poids du corps porte surtout sur la fesse gauche, et si on lui ordonne de se lever, c'est la jambe gauche qui porte tout le poids du corps. Debout, la malade repose sur la jambe saine. La jambe droite est légèrement ployée sur la cuisse et le pied repose par sa pointe sur le sol. Le talon ne touche pas le sol, mais il en est très peu distant.

La marche se ressent de la faiblesse de la jambe droite et surtout de la chute du pied.

Le moindre obstacle exige un effort considérable et bien souvent la malade manque de tomber, soit que son pied accroche dans un tapis, soit lorsqu'elle veut tourner sur elle-même.

Les réflexes rotuliens sembleraient un peu exagérés du côté malade. Pas de trépidations épileptoïdes. Le réflexe pharyngien est totalement aboli.

Sensibilité. — A la piqûre : conservée sur tout le corps des deux côtés sauf sur la face antéro-externe de la cuisse droite, où il existe une plaque d'anesthésie remontant jusqu'au pli inguinal et au bord supérieur de l'os coxal, se perdant en arrière dans la région moyenne de la fesse. Cette zone descend en bas jusqu'au genou, dont elle occupe la région externe.

La jambe et le pied malades semblent présenter une légère



Fig. 25. — Plaque d'anesthésie cutanée dans le domaine du crural.

hyperesthésie. La sensibilité au chaud et au froid est partout conservée, sauf dans la zone d'anesthésie.

La malade ne présente aucun trouble de la vision, ni diplopie, ni amblyopie, ni dischromatopsie. Les réflexes pupillaires sont normaux. Il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel.

Les douleurs sur le trajet du sciatique ont presque complètement disparu; ni spontanément, ni par la pression, la malade n'accuse des souffrances aux points si douloureux il y a 4 mois. Seule, l'extrémité inférieure du tendon d'Achille est douloureuse à la pression et pendant la marche.

Dans le pied et la jambe, sensations de picotement, chatouillement, survenant irrégulièrement, surtout quand la malade est restée longtemps assise.

Troubles trophiques. — Le membre inférieur droit présente dans toute son étendue une atrophie notable des muscles, qui va croissant de la cuisse à la jambe, atrophie que le tableau suivant indique :

CUISSE.	DROITE.	GAUCHE.
5 cent. au-dessus de l'extrémité sup. de la rotule.	34 c.	36 c.
15 — — — —	44 c.	45 c.
25 — — — —	30 c.	50 c.

JAMBE.	DROITE.	GAUCHE.
10 cent. au-dessous de l'extrémité inf. de la rotule	32 c.	36 c.
15 — — — —	31 c.	33 c.
25 — — — —	25 c.	26 c.
5 cent. au-dessus de l'extrémité inférieure de la molléole externe	20 c.	21 c.

PIED.

Le périmètre du pied malade excède de 1 centimètre celui du pied sain (à la région médiotarsienne).

Troubles vaso-moteurs.— Le pied malade est beaucoup plus froid que le pied sain, il est rouge, violacé par places. On observe un empâtement œdémateux autour des mollets et sur la face dorsale du pied.

Température du pied malade. . . . . 24°,
— du pied sain . . . . . . 28°,4
— des deux cuisses . . . . 30°,

Examen électrique.— Examen faradique avec 6 cent. d'écartement. — Jambier antérieur = 0.— Extenseur commun = 0.— Péroniers latéraux = 0.— Extenseur propre du gros orteil = 0.

Examen galvanique.—Avec un courant de 20 milliampères. — Tibial antérieur. Kathode et Anode = 0. — Extenseur commun. Kathode et Anode = 0. — Extenseur propre. Kathode et Anode = 0.— Long péronier (avec le maximum). Kathode = Contraction. — Anode = 0. — Court péronier latéral (avec 20 milliampères). Kathode et Anode = 0.—Pedieux. Kathode et Anode très faible contraction. — Le triceps sural seul est indemne.

Nous croyons devoir insister sur l'examen du pied : en effet, on remarque, outre de l'œdème, la couleur, le froid, la sueur, que le pied n'est point tout à fait ballant, libre, dans l'articulation tibio-tarsienne ; c'est une anomalie dans l'espèce. Quand on veut fléchir le pied de la malade sur la jambe, à un moment, on est arrêté par une résistance qui n'est point une résistance musculaire, élastique. Il s'agirait donc d'un pied bot équin incomplet, qui ne tient pas à la prédominance d'action des jumeaux, mais à une production fibro-tendineuse.

Déjà, dans certaines paralysies des extenseurs par névrite et en particulier dans la paralysie alcoolique, en outre des œdèmes et des troubles trophiques signalés par M. Lancereaux, il y a à noter souvent des productions fibreuses ou plutôt fibro-tendineuses qui maintiennent le pied dans une position vicieuse. Nous insistons sur ce phénomène qui ne paraît point encore avoir été signalé dans la sciatique. De plus, ceci présente de l'intérêt au point de vue pratique, car, en effet, en supposant que, sous l'influence d'un traitement approprié qui serait surtout électrique, on obtienne le retour des contractions musculaires, le pied n'en restera pas moins fixé en équin, et il faudra, ainsi que M. Charcot l'a souvent conseillé dans la paralysie alcoolique, faire intervenir la chirurgie et pratiquer des sections fibro-tendineuses.

Cette particularité explique comment dans le cas de paralysie des extenseurs du pied nous ne voyons pas comme dans la règle le pied s'appuyer sur toute la plante dans la station debout : pourquoi également nous n'avons pas ici pour le membre droit la démarche du steppeur si caractéristique des cas où le pied est tombant. En résumé, il s'agit ici de sciatique-névrite provoquée par l'usage de la machine à coudre et qui présente cette particularité d'avoir débuté par le nerf poplité externe et d'avoir amené rapidement la paralysie amyotrophique. Elle s'est généralisée ensuite et a remonté pour ainsi dire vers la racine du membre. Par la marche ascendante, notre observation se rapproche de l'observation X du travail de MM. Guinon et Parmentier dans laquelle il s'agit d'une étiologie toute différente.

Avant de terminer il nous faut insister sur une complication particulière de notre cas et qui pourrait prêter à erreur. En se reportant à l'observation, on voit que la malade présente une plaque d'anesthésie qui occupe la face antéro-externe du membre remontant jusqu'au pli de l'aine, occupant le domaine du nerf musculo-cutané, branche du crural, c'est-à-dire d'un nerf autre que celui qui a souffert. Quoique la physiologie n'ait point donné d'explication plausible de ce phénomène, on est habitué à observer assez souvent dans la sciatique des anesthésies plus ou moins analogues ; mais, dans notre cas, au siège particulier de l'anesthésie sont venus s'ajouter d'autres phénomènes qui prouvent que ce trouble est dû ici à une complication. L'examen attentif des organes des sens chez notre malade ne nous a rien donné, mais nous voyons dans ses antécédents personnels qu'elle a eu plusieurs attaques d'hystérie avec sensation de boule, sanglots, etc., et d'ailleurs, il existe chez elle un stigmate, le stigmate de Chairou, à savoir une insensibilité avec absence de réflexe du pharynx. Donc, la zone d'anesthésie un peu paradoxale de notre malade ne serait qu'un symptôme de l'hystérie, et d'ailleurs l'association de l'hystérie a été constatée plusieurs fois chez les sujets atteints de sciatique grave et en particulier dans les *Leçons du mardi* (tome II, leçon du 30 octobre) et également dans le mémoire cité de MM. Guinon et Parmentier (Obs. n° XI).

La prostitution a Toulon. — D'après le *Petit Var* du 29 mars, le nombre des petits lupanars (buvettes et cafés), dont le service est confié à des femmes de mœurs... fin de siècle, est de 670, sans compter les établissements du quartier Est.

La loi sur les Universités au Sénat. — La commission des projets de loi sur les Universités a terminé l'examen du projet. Comme la discussion a occupé un très grand nombre de séances et que le débat a été approfondi, la commission a chargé M. Bardoux de mettre au net pendant les vacances de Pâques et de rédiger la loi telle qu'elle sort des délibérations de la commission. A la rentrée du Sénat, la commission reverra ce texte et entendra le ministre. Ensuite, elle nommera son rapporteur.

Hôpital Franco-Néerlandais. — Lundi dernier, à 2 heures, a eu lieu, 127, rue Championnet, l'inauguration de l'hôpital franco-néerlandais. Cet hôpital, dont l'installation est due à l'initiative de M. van Lier, consul général des Pays-Bas à Paris, sera en quelque sorte le noyau d'un autre établissement beaucoup plus vaste dont la création intéresse tous les représentants des puissances étrangères. M. van Lier a en effet l'intention de réunir tous les représentants des puissances étrangères et de leur soumettre l'idée de la fondation d'un *vaste hôpital international*, qui recevra les malades de nationalité étrangère habitant Paris, sans distinction de culte religieux. En reconnaissance de l'hospitalité que la France a toujours accordée aux nationaux des Pays-Bas, M. van Lier n'a pas cru devoir destiner exclusivement tous les lits de l'hôpital de la rue Championnet aux malades hollandais. Il a été décidé que, le cas échéant, cet établissement serait également ouvert aux malades français, d'où son nom de : Franco-Néerlandais. Dès l'ouverture de cet hôpital, douze lits seulement y seront installés. Mais bientôt commenceront les travaux de construction de deux autres pavillons. Des pourparlers sont déjà engagés à cet effet entre M. van Lier et la propriétaire des terrains qui se trouvent derrière l'hôpital.

Hygiène des fêtes publiques. — Au sujet des forains autorisés à Paris, la Préfecture de Police a pris certaines mesures d'hygiène et de salubrité. Elle exige notamment qu'ils soient munis de récipients métalliques ou en bois, destinés à contenir les résidus du ménage ; les eaux savonneuses ou ménagères doivent être recueillies dans des seaux étanches et jetées dans les bouches d'égout. Dans les ménageries, les cages doivent être lavées régulièrement au moins une fois par jour, au moyen d'une eau additionnée d'un désinfectant quelconque. Les récipients seront enlevés tous les jours avant neuf heures du matin.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Chirurgie à Paris.

Cinquième Session (30 mars-4 avril 1891).

La cinquième session du *Congrès français de Chirurgie* s'est ouverte à Paris lundi dernier 30 mars, à 2 h. 1/4 de l'après-midi. C'est dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, aussi élégamment décoré que d'ordinaire, qu'a eu lieu la séance d'inauguration. Une estrade d'honneur avait été élevée au centre, là où il y a un an et demi avait débuté l'incendie qui obligea les membres du Congrès à se réunir ultérieurement à l'Ecole pratique. Le vieil amphithéâtre, remis à neuf depuis plusieurs mois déjà, mais dépourvu désormais des peintures célèbres expliquant les devises qui courent encore aujourd'hui tout le long de ses murs, était occupé par un grand nombre d'étudiants, d'internes des hôpitaux, de médecins de Paris. Sur les gradins les plus inférieurs, réservés aux membres du Congrès, nous avons remarqué la plupart des chirurgiens des hôpitaux de Paris; beaucoup de professeurs des cliniques chirurgicales des Ecoles et Facultés de médecine et un très grand nombre de jeunes chirurgiens de province.

Sur l'estrade, dépourvue cette fois du feuillage habituel, de chaque côté du président, M. le Pr Guyon, avaient pris place : à droite, représentant le Gouvernement, M. C. Monod, directeur des services d'hygiène et d'assistance publique au Ministère de l'Intérieur ; à gauche, M. le Pr Demons, de Bordeaux, vice-président du Congrès. Au premier rang, nous avons aussi remarqué : à droite de M. Monod, M. le Dr Peyron, directeur général de l'Assistance publique, M. le Pr Chauveau, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, représentant le ministère de l'instruction publique, M. le Dr Rochard, de l'Académie de médecine ; à gauche, M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, M. le Pr Bouchard, de l'Institut, M. le baron Larrey. Au second rang, presque tous les professeurs de clinique et de pathologie chirurgicales de la Faculté, MM. Verneuil, Duplay, Panas, Lannelongue, Le Dentu ; M. le Dr Dujardin-Beaumetz, en uniforme, représentant du Ministère de la Guerre, M. Alph. Guérin (de Paris), M. Duplouy (de Rochefort), M. le Pr Tripier (de Lyon); plusieurs chirurgiens étrangers : MM. les Prs Thiriar (de Bruxelles), Tilanus (d'Amsterdam) ; MM. les Drs A. et J. Reverdin (de Genève), Godwin (de Netley), délégué du gouvernement anglais, Spencer Wells (de Londres), Broodhurst (de Londres), Ehrmann (de Mulhouse), Roux (de Lausanne), Lawson Tait (de Birmingham), etc., etc.

M. le Président a ouvert la séance par un magistral discours. Il a rappelé tout d'abord la grande perte faite par la chirurgie française en la personne d'Ulysse Trélat, premier président du Congrès français de Chirurgie en 1885. Les vifs applaudissements qui ont souligné cette partie de son allocution ont prouvé que le souvenir de ce professeur remarquable, de cet homme de progrès, était encore bien vivace chez tous les assistants. Mais les deuils ne sont pas bornés à la mort de Trélat ; aussi M. Guyon a-t-il rappelé les décès des Prs Duménil (de Rouen), Paquet (de Lille), du Dr Mollière (de Lyon), etc. Après les remerciements d'usage aux personnes qui ont bien voulu par leur présence contribuer à la solennité de cette séance d'inauguration, notre cher maître a parfaitement montré quels attraits présentait la chirurgie nouvelle pour tous les jeunes gens instruits, hardis, sûrs de leur cerveau et de leurs mains, portant au fond du cœur un amour sans mélange pour la belle science que l'on fête aujourd'hui.

« Notre profession, a-t-il dit, est de celles que l'on aime passionnément ; il en est peu auxquelles on s'attache davantage. Elle attire et enthousiasme quand on dispose de toutes les forces de la jeunesse ; elle retient et anime, alors même que de longues années lui ont été consacrées ; l'on ne saurait s'en dégager sans les plus grands regrets... Celui à qui vous avez confié la mission de diriger les travaux du Congrès français de Chirurgie..., comment ne goûterait-il pas en toute plénitude la joie de voir réunis, devant lui, ceux qui dans le présent sont l'honneur de notre belle science et prétendent ne rien négliger pour en assurer l'avenir ? A aucune époque, cet avenir n'a été aussi riche de promesses. La foi dans la puissance de notre art est chaque jour plus ardente. Venues à la vie scientifique quand il ne restait à compter que les victoires, jamais les jeunes générations n'ont connu le découragement ; le doute ne les a même pas effleurées, leur ferveur est extrême. Elles fournissent à la chirurgie des adeptes convaincus, dont le talent et le nombre sont les meilleurs garants de ses brillantes destinées. C'est pourquoi, sur tous les points du territoire, nous voyons se multiplier, s'affirmer et croître, au grand bénéfice des populations, les réputations les plus légitimes. »

Après ces bonnes paroles en faveur de la décentralisation, M. le Pr Guyon a voulu dire à son tour comment il entendait les devoirs réciproques du Patriote et du Savant.

« L'on ne sert pas impunément la même cause ; les travaux d'un savant lui ont-ils valu notre estime, sa rencontre nous attachera d'autant plus fort que, sans l'avoir jamais vu, déjà nous le connaissions d'une manière intime. C'est ainsi que les frontières s'abaissent devant la Science. Mais si cela est exact « si la Science « n'a pas de patrie, l'homme de science doit en avoir une, et c'est « à elle qu'il doit reporter l'influence que ses travaux peuvent « avoir dans le monde. » On ne saurait dans un langage plus vrai exprimer une pensée plus juste. C'est la délicate et fidèle synthèse de nos sentiments. En la formulant, M. Pasteur nous a une fois de plus montré le chemin qu'il convient de suivre. »

Des applaudissements prolongés ont montré que l'auditoire tout entier était en communion d'idées avec son président. Mais il est un sentiment qui plane au-dessus de toutes les nationalités, sans les effacer ni les amoindrir. M. Guyon n'a pas manqué de le faire remarquer et a profité de l'occasion pour souhaiter la plus cordiale bienvenue aux chirurgiens étrangers :

« Jusqu'à présent, la chirurgie a trop souvent remédié aux maux qui résultent du conflit des peuples ; quelle glorieuse récompense si les rapprochements et les sympathies qu'elle provoque aidaient à diminuer les causes de ces sanglantes rencontres ! »

La fin de cette allocution a été consacrée à l'étude des conditions qui peuvent nous aider à utiliser les ressources chirurgicales modernes. Il reste beaucoup à faire pour établir ce que nous pouvons réellement pour l'opéré, car la chirurgie thérapeutique n'a pas encore réalisé tous les progrès de la chirurgie opératoire. A ce propos, M. Guyon dit un mot des opérations exploratrices et, pour lui, de telles tendances sont parfaitement justifiées. Un autre point intéressant a été aussi mis en relief : c'est le rôle des médecins vis-à-vis des chirurgiens. Nos confrères, les médecins, commencent à réclamer d'assez bonne heure les secours de la chirurgie ; mais il y a encore de nombreux retardataires, bien plus qu'on pourrait le croire, surtout dans nos provinces.

A l'étranger, au contraire, ils hésitent beaucoup moins et tardent rarement à demander l'avis d'un opérateur habile. Désormais, il est temps de s'occuper des résultats définitifs, éloignés, fournis par les interventions de vulgarisation récente. M. Guyon insiste avec raison sur ce point. Le temps n'est plus à la publication hâtive de récits d'opérations plus ou moins émouvantes. L'antisepsie et l'asepsie, que nous savons faire, expliquent suffisamment les succès obtenus. Certes, nous ne pouvons oublier les travaux de Pasteur, de Lister, de A. Guérin ; mais il faut aller plus avant, aujourd'hui que le terrain ne fuit plus sous nos pieds. C'est la seule façon de maintenir notre belle profession à sa véritable hauteur, la seule façon d'assurer à la chirurgie la reconnaissance et le respect de tous. Nous avons confiance, car partout la chirurgie est cultivée avec ardeur!

M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général, a pris ensuite la parole pour exposer la situation morale du Congrès, la partie financière étant confiée cette année au trésorier, M. Alcan. Les progrès accomplis depuis 1889 sont notables. Le nombre des membres titulaires inscrits au commencement de la session actuelle est supérieur de plus de 30 à celui de l'année précédente. Il est de 210 ; ce qui, avec les 64 membres perpétuels, porte le nombre des membres du Congrès au chiffre respectable de 274. Avec les inscriptions tardives, on dépassera certainement celui de 300. Les communications augmentent de même. Si l'on veut que le volume paraisse en temps utile, c'est-à-dire dans les trois mois qui suivent la session, il faudrait se conformer aux articles du règlement. Malheureusement il y a toujours des personnes en retard. Le secrétaire général est peiné d'avoir à le constater. Puis M. Pozzi a souhaité la bienvenue aux membres étrangers venus à Paris au titre d'invités, le bureau ayant eu la très heureuse idée de suivre l'exemple donné par les institutions analogues en Angleterre, en Amérique, etc., c'est-à-dire d'adresser des invitations à des chirurgiens dont les travaux font autorité sur les questions mises à l'ordre du jour. On avait pu espérer jusqu'à ces jours-ci la présence de M. le Dr V. Horsley; malheureusement il a été empêché de venir au dernier moment. Cette année doit être distribué le prix fondé par M. le Dr Balestreri (de Gênes) ; il sera accordé au meilleur travail sur le traitement du tétanos. Un seul mémoire a été adressé au comité ; s'il n'est pas jugé digne du prix, les fonds seront remis à l'Assistance publique. En terminant, M. Pozzi fait ressortir l'état prospère des finances du Congrès ; mais, les riches ne l'étant jamais assez, il réclame encore des dons et des legs pour fonder des prix, encourager les travailleurs. On ne pourra les recevoir qu'après la reconnaissance du Congrès comme institution d'utilité publique ; mais le bureau a déjà commencé les démarches nécessaires et tout fait supposer qu'elles aboutiront sous peu. Quand ce dernier pas sera fait, l'œuvre à laquelle s'est dévoué tout entier notre brillant secrétaire général sera définitivement assise sur une base indestructible.

M. le Dr Picqué, secrétaire général adjoint, lit une lettre de M. le Dr Nicaise, offrant au Congrès un exemplaire de la nouvelle édition des œuvres de Guy de Chauliac, qui, pendant trois siècles, ont servi à l'enseignement de nombreuses générations médicales. Ce livre avait eu jusqu'ici 69 éditions. M. Nicaise, avec l'appui de M. Alcan, vient de publier la 70e.

M. Alcan, en quelques mots, expose la situation financière du Congrès. Les dépenses s'élèvent à 12,375 fr. (achat de 250 fr. de rente, ci 7,309.90 ; frais d'impression du dernier volume, 5,065.65). Les recettes ont atteint 15,963 fr. L'excédent est donc de 2,877.75, sans compter le fond de réserve.

La fin de la séance d'ouverture a été consacrée à quatre communications importantes de M. le Dr Thiriar (de Bruxelles), de M. Jules Bœckel (de Strasbourg), de M. Tripier (de Lyon) et de M. Panas (de Paris). On en trouvera plus loin le compte rendu (1), ainsi que le résumé de celles qui ont été faites aux séances ultérieures (2).

Les présidents d'honneur choisis par le bureau ont été : MM. Eugène Bœckel (de Strasbourg), Heydenreich (de Nancy), A. Guérin, Rochard, Duplay, Panas et Lannelongue (de Paris), Duplouy (de Rochefort), Combalat (de Marseille), Tripier (de Lyon), Gross (de Nancy), Chauvel (du Val-de-Grâce), Spencer Wells (de Londres), Brodhurst (de Londres), Tilanus (d'Amsterdam). Le vice-président, cette année, était M. le Pr Demons (de Bordeaux) ; les secrétaires : MM. les Drs Castex, Coudray, L.-H. Petit et A. Broca ; M. Marcel Baudouin, secrétaire adjoint.

Jeudi matin ont eu lieu plusieurs visites dans les hôpitaux ; dans l'après-midi, on a visité l'Institut Pasteur, la Morgue, les Musées de l'hôpital Saint-Louis (3). A 7 h. 1/2 a eu lieu, le même jour, le banquet classique au Restaurant du Lion d'Or. Marcel Baudouin.

Société française de Syphiligraphie et de Dermatologie.

Session annuelle (avril 1891).

Cette semaine a eu lieu aussi la session annuelle de la *Société française de Syphiligraphie et de Dermatologie*. La première séance a eu lieu jeudi dernier. Nos lecteurs en trouveront plus loin le compte-rendu (4). Nous publierons ultérieurement les séances suivantes.

---

(1) Voir page 278.

(2) Le soir de la séance d'inauguration, une réunion très brillante a eu lieu dans les magnifiques salons de l'Hôtel de M. le Président, en l'honneur des chirurgiens français et étrangers, membres du Congrès. Un grand nombre de dames assistaient à cette soirée, dont les honneurs ont été faits par Mme Guyon, avec sa grâce habituelle. On y a entendu de fort bonne musique, une amusante saynète de G. Feydeau et une ravissante comédie inédite de Meilhac, le *Rubicon*, jouée avec un brio sans égal par Mmes Réjane (de l'Odéon) et Pierson (des Français).

(3) Visite à 1 h. 1/2 aux nouvelles installations de la Faculté (Ecole Pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, sous la direction de M. Poirier, chef des travaux, et de M. le Dr Castex, secrétaire du Congrès) (Laboratoire de bactériologie et Musée d'hygiène, Laboratoire de physiologie, d'anatomie pathologique, pavillons de dissection.) — De 3 à 5 heures, visite aux Musées de l'hôpital Saint-Louis sous la direction de M. Feulard, chef de clinique, et de M. Broca, secrétaire du Congrès. — De 3 h. 1/4 à 4 heures, visite à la Morgue (derrière l'eglise Notre-Dame) sous la direction de M. le Pr Brouardel, assisté de M. le Dr Vibert, chef du laboratoire, et de M. le Coudray, secrétaire du Congrès. — De 4 à 5 heures, visite à l'Institut Pasteur (25, rue Dutot, quartier de Vaugirard), sous la direction de M. le Dr Roux, chef de service, et de M. Picqué, secrétaire général adjoint.

(4) Voir page 290.

Le stage obstétrical à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons annoncé dans notre dernier numéro (p. 271) que M. le Ministre de l'Instruction publique venait d'approuver l'organisation du stage obstétrical proposée par la Faculté. D'après nos renseignements, les étudiants devront faire ce stage *exclusivement* dans le service des deux professeurs de la Faculté (clinique de la rue d'Assas et clinique Baudelocque). Il est certain que, de cette façon, ce stage ne sera pas très fructueux pour les étudiants, en raison de leur nombre, du nombre restreint des accouchements et de la nécessité de faire la part des sages-femmes.

Lorsque nous avons demandé l'organisation de Maternités dans les hôpitaux et la création des accoucheurs des hôpitaux, en même temps que nous poursuivions une œuvre sociale, c'est-à-dire la réduction au minimum possible de la mortalité des femmes en couches de Paris et des enfants nouveau-nés, nous espérions que chaque Maternité deviendrait un centre d'instruction pour les étudiants et cela au profit des femmes de la province et de leurs enfants, assurés d'avoir des médecins plus experts dans l'art des accouchements. En organisant son stage obstétrical, la Faculté n'a nullement songé à utiliser, à son profit, ces Maternités. Elle les rejette en bloc, ne songeant même pas à faire appel au zèle et au savoir des accoucheurs des hôpitaux, même de ceux qui sont en même temps SES AGRÉGÉS anciens ou en exercice. Elle les trouve bons pour faire passer les examens, pour faire des conférences théoriques, pour remplacer les professeurs titulaires, mais les trouve insuffisants pour enseigner, dans leurs services hospitaliers, la pratique des accouchements.

Nous appelons les réflexions des médecins des hôpitaux sur cette décision. B.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

5e *Session* (30 mars-4 avril 1891).

Séance du Lundi (soir) 30 *mars* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. GUYON.

M. le Dr THIRIAR (Bruxelles) communique une observation très intéressante de *laparotomie pour obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal*. Il s'agit d'une femme, atteinte de fibrome utérin, ayant très souvent de la constipation, des douleurs vagues, etc., âgée de 51 ans. Le 28 août commencèrent des accidents d'occlusion intestinale dont les purgatifs ne purent venir à bout; traitement médical varié pendant 9 jours sans résultat. M. Thiriar, consulté, proposa la laparotomie. Elle fut refusée, mais dut être acceptée le 12e jour, l'état de la patiente étant presque désespéré. Avant l'anesthésie, on avait constaté l'existence d'un point douloureux, à gauche de la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic. A l'ouverture de l'abdomen, on trouva les intestins distendus, très congestionnés, de la sérosité sanguinolente en assez grande abondance dans le bassin et dans la fosse iliaque gauche une tumeur dure faisant corps avec l'intestin. L'anse d'intestin fut attirée au dehors et l'on constata qu'elle contenait un calcul gros comme un petit œuf, sur lequel la paroi était contractée. Cette tumeur fut bien isolée sur des éponges aseptiques; on comprima l'intestin avec les doigts au-dessus et au-dessous; puis on l'ouvrit sur 6 centimètres de long, enleva le calcul et referma la plaie (suture à deux étages, mode Czerny-Lambert) au catgut chromique. Suture à étages de la paroi. Les selles étaient revenues le soir même; guérison rapide. Le calcul, extrait de l'intestin, était formé de cholestérine et de matières colorantes biliaires (bilirubine, biliverdine); il pesait 14 grammes, était d'une densité de 11,58 par rapport à l'eau, et avait 0,042×0,026 et 0,028. C'est là certainement une cause rare d'obstruction intestinale et les observations de la laparotomie pour des cas analogues sont plus rares encore. Ce calcul est certainement d'origine biliaire. Comme il n'y avait jamais eu d'accidents du côté du foie, M. Thiriar pense qu'il a dû passer directement à travers la paroi de la vésicule biliaire, adhérente à une anse d'intestin, grâce au développement d'une ulcération et d'une perforation (fistule cholécysto-intestinale); certainement il n'a pas pu sortir par les voies biliaires. Un autre point remarquable de cette observation, c'est la contracture très violente de la couche musculeuse de la paroi intestinale, intimement appliquée sur le calcul qui, dans l'intestin, s'était recouvert d'une couche calcaire. Il y avait un rétrécissement spasmodique du canal intestinal tellement marqué, qu'au cours de la laparotomie M. Thiriar s'est demandé s'il ne devait pas réséquer cette portion du tube digestif. Mais, se souvenant qu'on observe chez les animaux des rétrécissements réflexes analogues, il a laissé les choses en état et s'en est bien trouvé.

M. J. BŒCKEL (de Strasbourg). — *Considérations sur la résection du genou d'après 140 opérations pratiquées à l'Hôpital de Strasbourg.* — Voici les conclusions de cette longue communication. La résection du genou est praticable à tous les âges. Chez les enfants, c'est une très bonne opération; elle doit cependant être très parcimonieuse. Elle a réussi aussi sur des sujets âgés (70 à 80 ans et plus). Il faut opérer de bonne heure; en attendant trop longtemps, on compromet l'opération. La résection est bien préférable à l'arthrectomie, même dans le jeune âge. On sait que les trois principales modifications apportées par ce chirurgien dans la technique opératoire sont: la suppression du drainage, de la suture osseuse et de l'hémostase. D'après lui, cette manière de faire permet d'obtenir la guérison sous un seul pansement opératoire: ce qui est certainement l'idéal. 61 résections, ainsi pratiquées, ont donné 50 guérisons sans fistule, sous un seul pansement; 6 guérisons avec fistule ayant duré 6 à 8 semaines; on a dû faire une amputation de cuisse, trois mois après la résection, pour une récidive; une fois il y a eu pseudarthrose chez une malade ayant subi deux fois l'opération; il y a eu 3 morts (influenza à 82 ans, accidents cérébraux à 60 ans; phtisie tuberculeuse 8 mois après). En ajoutant à cette série les opérations faites autrefois et 29 cas opérés par M. E. Bœckel à Strasbourg, on voit que, sur 140 opérations, il y a eu 9 morts et 131 guérisons opératoires (mortalité de 6,4 0/0). Sur 85 opérés de M. J. Bœckel, 15 ont été perdus de vue; il y a 8 morts depuis; 5 ont guéri avec pseudarthrose; 6 ont dû être ultérieurement amputés; 51 possèdent un membre utile et se portent à merveille.

M. Léon TRIPIER (Lyon). — *Destruction partielle du nez par morsure et restauration* (procédé par décortication et abaissement). — Il s'agit d'une femme de 27 ans ayant eu l'extrémité du nez (lobule et ailes) enlevé par un coup de dent de son mari ivre. Lorsque M. Tripier la vit, cette malade avait un aspect repoussant, le squelette du nez n'ayant plus de parties molles. L'aile droite était très courte et présentait des dentelures sur son bord libre où il y avait du tissu de cicatrice. La sous-cloison, presque respectée, faisait une forte saillie. Pour réparer ces désordres, il a employé le procédé suivant, exécuté en 3 temps: 1° on détache toute la partie inférieure (ailes et partie saillante) à l'aide d'une incision en V renversé, c'est-à-dire en Λ à pointe supérieure, placée sur le dos du nez, tandis que les branches descendent sur les parties latérales dans les sillons naso-lobaires. Le tout est mobilisé grâce à une dissection comprenant dans le lambeau le périchondre, puis abaissé pour faire saillir le lobule. Cet abaissement allonge le nez de 2 centimètres; 2° on comble la perte de substance causée par cet abaissement. Pour cela, on taille sur les côtés du nez deux lambeaux en forme de parallélogramme, à pédicules supérieurs; 3° ces lambeaux disséqués et mobilisés sont rapprochés vers la ligne médiane et suturés au niveau du dos du nez. Puis le lambeau lobulaire est placé dans l'angle rentrant formé par les deux lambeaux supérieurs. Il ne persiste plus que deux surfaces cruentées, là où on a été chercher les lambeaux supérieurs. On laisse ces surfaces se cicatriser d'elles-mêmes, par seconde intention. La rétraction consécutive qui se reproduit en ces points amène le redressement des ailes du nez et le relèvement du lobule. Dans le cas actuel, on dut en outre diminuer la longueur de l'aile gauche par une petite résec-

tion et enlever un morceau de la sous-cloison, pour la ramener à des dimensions telles qu'elle ne formât plus en bas une saillie trop considérable. Les suites furent très simples. En terminant M. Tripier fait remarquer que, dans les cas de destruction du nez, il faut savoir modifier les procédés connus, de façon à remplir toutes les indications. Le succès dépend de là. Il faut s'efforcer aussi de dissimuler les cicatrices quand on le peut et se rappeler qu'une cicatrice bien placée sur le dos du nez est à peine visible, car elle ne heurte pas la lumière. La malade qui fait le sujet de cette communication est opérée depuis plusieurs mois ; tout porte à croire que le bon résultat obtenu sera durable.

M. le Pr Panas. — *Angiomes encapsulés et suppurés de l'orbite dans le cours de la fièvre typhoïde. Etude clinique et bactériologique.* — Les angiomes de l'orbite sont des affections rares : on n'en connaît guère qu'une soixantaine de cas. Le fait curieux qu'il rapporte a ceci de particulier que l'angiome fut le siège d'une endo-infection spontanée, due à une fièvre typhoïde. Le diagnostic fut fait en se basant sur cette remarque que dans les tumeurs vasculaires de l'orbite il y a au pourtour de l'orbite, du côté des paupières, une production d'apparence angiomateuse. M. Panas affirme même à cette occasion que toutes les fois qu'on constate l'existence d'un exorbitis et d'une affection vasculaire des paupières, il faut poser le diagnostic d'angiome du fond de l'orbite. Les autres symptômes, mollesse de la tumeur, possibilité de sa réduction, n'ont pas une importance diagnostique aussi grande. La malade en question avait 7 ans ; il n'y avait pas de souffle, pas de bruit d'aucune sorte au niveau de l'orbite ; la tumeur avait été constatée pour la première fois à 2 ans ; à 5 ans, voyant qu'elle augmentait sans cesse, les parents firent soigner leur enfant. On tenta en vain l'électrolyse ; le globe oculaire resta saillant, même après des injections coagulantes dans l'orbite. Jusqu'à 7 ans, la vision était restée excellente, lorsqu'au cours d'une fièvre typhoïde, au 3e septennaire environ, cette enfant fut reprise tout à coup d'un phlegmon de l'orbite. M. Panas vit alors la malade. Le diagnostic précis ne fut pas fait de suite ; il était impossible d'y arriver sans connaître l'histoire que nous venons de raconter. M. Panas refusa d'intervenir à ce moment, en raison de l'état général, parce que d'après lui l'énucléation en pleine infection générale ne donne que des résultats déplorables (propagation de l'inflammation du côté des méninges). Mais au bout de quelques mois, l'affection aiguë terminée, l'énucléation fut faite (décembre 1890). On trouva alors, derrière le globe presque détruit par la suppuration, une tumeur dure englobant le nerf optique. C'était un angiome caverneux sclérosé, au centre duquel il y avait un abcès. Dans le pus de cet abcès, l'examen bactériologique démontra l'existence du bacille d'Eberth seul. Voilà un fait remarquable d'infection, dans une tumeur close, par la voie du courant sanguin. C'est d'ailleurs le premier cas connu de suppuration dans un angiome. Le pus, retiré de cette tumeur, fut injecté à des animaux ; on obtint des cultures pures du bacille de la fièvre typhoïde. L'angiome modifié par l'inflammation contenait 3 parties : 1 fibroïde, 1 caverneuse, 1 transformée en abcès. M. Panas, en faisant connaître les caractères histologiques de cette tumeur, montre que la seule observation de lymphangiome de l'orbite actuellement connue est probablement due à une erreur d'interprétation. Pour lui ce cas est un exemple d'angiome classique ; d'ailleurs, jusqu'ici personne n'a signalé l'existence de lymphatiques dans l'orbite. Comment s'est développé l'abcès dans cette tumeur ? Il est probable que les microbes de la fièvre typhoïde, en circulation dans les vaisseaux sanguins, ont trouvé dans les thrombus de cet angiome un milieu de culture plus favorable là qu'ailleurs. Il y a, on le sait, parfois des choroïdites dans la pneumonie, l'influenza ; eh bien, cette complication a probablement une origine semblable. Colzi, récemment, a montré que chez les lapins, à qui l'on a fracturé un fémur, l'inoculation du bacille d'Eberth amène 10 fois sur 14 cas la suppuration du foyer de fracture. Tout cela a lieu par un mécanisme analogue. En terminant M. Panas explique comment il comprend la pathogénie de l'ophtalmie sympathique : pour lui, l'œil sympathisant provoque une congestion de nature réflexe dans l'œil resté sain, et la vasodilatation consécutive suffit pour déterminer dans cet œil l'arrêt des microbes que le sang charrie dans tout l'organisme.

Marcel Baudouin.

Séance du Mardi (matin) 31 *mars*.— Présidence de M. Guyon.

1re question à l'ordre du jour : *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).*

M. Boyce, assistant de M. le Pr Horsley (de Londres), expose la technique opératoire *des procédés de trépanation de V. Horsley* appliqués à l'intervention dans l'épilepsie focale et dans les tumeurs. *Technique opératoire de Horsley :* tailler un très large lambeau cutané ; déterminer à l'aide d'un appareil spécial la ligne de Rolando, circonscrire, par un trait de scie circulaire, qui pénètre jusqu'à la moitié de son épaisseur, le segment du crâne qui doit être excisé. Il faut faire cette excision très étendue (sur des crânes trépanés par M. Horsley il manque près d'un quart de la voûte cranienne) ; on trépane alors au centre de la rondelle ainsi délimitée, et l'on fait sauter le reste à la pince gouge. Le trépan employé est assez analogue, comme mécanisme, au perforateur des dentistes. On remet en place, si possible, avant de fermer la plaie, les fragments d'os réséqués. C'est par ce mode opératoire qu'on intervient dans l'épilepsie focale et les tumeurs. Dans l'*épilepsie focale*, la localisation des convulsions à un segment du corps précise le lieu de l'intervention ; il faut enlever le centre moteur correspondant de l'écorce. Pour déterminer la topographie cranio-cérébrale de ces centres, M. Horsley se sert des indications fournies par L. Championnière, Poirier et R. Le Fort. Pour préciser la situation de la ligne rolandique, point le plus important, M. Horsley se sert d'un instrument craniométrique, assez analogue à l'équerre flexible de Broca. Dans certains cas, c'est en excitant à l'aide de courants indirects l'écorce cérébrale, mise à nu, que l'on arrive à découvrir la localisation précise du centre épileptique. Les résultats obtenus, et déjà exposés dans le *British med. Journal* (16 décembre 1890), sont : l'arrêt complet ou la diminution marquée de fréquence et d'intensité des crises. Le même résultat a été obtenu chez deux autres malades opérés depuis la publication de cet article. Pour les *tumeurs*, après avoir essayé, au maximum pendant six semaines, la thérapeutique médicale, et reconnu son inefficacité, M. Horsley ne prolonge pas plus ce traitement d'essai et intervient. Il enlève la tumeur, si la chose est possible ; mais, même dans les cas où son ablation est impraticable, il a observé le plus souvent, après la trépanation, la disparition de certains accidents : céphalalgie, phénomènes de névrite optique, etc. ; fait qui s'explique par la décompression cérébrale. Enfin, dans un cas, après la simple trépanation, le néoplasme a cessé d'augmenter, s'est ratatiné et atrophié.

M. le Pr Lannelongue. — *Crâniectomie chez les microcéphales, chez les enfants arriérés et chez les jeunes sujets présentant, avec ou sans crises épileptiques, des troubles divers d'origine cérébrale.* — Dans ce travail, qui repose sur une appréciation de 25 opérations, je m'occuperai surtout de technique ; mais auparavant je montrerai, en quelques traits, quels sont les états morbides où peut s'appliquer cette opération. — *Microcéphalie proprement dite.* J'ai examiné, ainsi que d'autres auteurs, plusieurs crânes de microcéphales ; j'ai même vu chez un nouveau-né les fontanelles complètement fermées à la naissance. On peut donc dire que, chez les microcéphales, l'ossification des sutures est anticipée, et alors même qu'on admettrait que la marche de l'ossification dépend surtout de l'activité cérébrale, il n'en est pas moins vrai que si la synostose crânienne est très avancée en définitive avant l'heure, l'évolution cérébrale sera frappée à son tour d'un arrêt parallèle et définitif. Cette considération ne se trouve pas modifiée par le fait de la coïncidence avec la microcéphalie de divers états, tels que l'hydropisie ventriculaire, la sclérose cérébrale, les synostoses prématurées, les hyperostoses du crâne. D'autres états morbides congénitaux ou survenant dans les premières années de la vie, tels que la compression dite obstétricale, compression qui peut aussi s'exercer avant la naissance, les hémorrhagies méningées circonscrites, les pachyméningites en foyer, peuvent, dans certains cas, relever de cette opération ; il en est de même de certaines formes d'hydrocéphalie avec épaississement des os du crâne et certaines hyperostoses

dues à la syphilis héréditaire. Je ne sais pas si les lésions cérébrales elles-mêmes, atrophies cérébrales, scléroses diffuses créent des contre-indications véritables à cette opération ; en tout cas on ignore jusqu'ici le moyen de les guérir. — J'ai employé deux procédés de craniectomie : le procédé linéaire et le procédé à lambeau. La craniectomie linéaire attaque le crâne le long du sinus longitudinal supérieur et peut être prolongée à travers la suture coronale sur la zone motrice, vers le centre de Broca. Je l'ai pratiquée aussi en arrière de l'occipital entre le sinus latéral et la suture occipito-pariétale. Enfin j'ai fait une craniectomie transversale et symétrique sur le frontal en décollant le sinus longitudinal. Dans le procédé à lambeau que je tends à employer de plus en plus, je dessine un lambeau osseux adhérent par une base plus ou moins large. Le crâne est attaqué par une couronne de trépan à l'une des extrémités de la plaie cutanée, puis par des pinces coupantes de divers modèles. Tantôt je laisse la dure-mère intacte, tantôt, lorsqu'il y a pachyméningite, je fais des mouchetures ou même l'ouverture du foyer. Si la dure-mère a été ouverte, il faut la suturer; en cas de simples mouchetures, la suture est inutile. J'ai pu acquérir la certitude que la dure-mère ne fait pas de régénération osseuse. L'hémorrhagie est sans importance. La grande épaisseur du crâne et même l'état éburné, qui est assez fréquent, n'ajoutent pas grande difficulté à l'opération qui dure en moyenne 40 à 45 minutes, pansement compris. Sur 25 opérations, j'ai eu 24 succès opératoires, et une mort en 48 heures par septicémie aiguë ou écoulement continu du liquide céphalo-rachidien. Au point de vue des résultats définitifs, je puis dire qu'un grand nombre des opérés ont été améliorés soit au point de vue intellectuel, soit au point de vue de la marche.

M. Girard (de Grenoble). — *Épilepsie essentielle.* — Femme de 29 ans, atteinte depuis l'âge de 14 ans d'épilepsie essentielle, avec crises très fréquentes, vertiges et absences ; sur 6 enfants elle en a perdu 5 de crises convulsives. Atteinte de lypémanie comitiale, avec idée fixe de suicide, elle se tire, dans la journée du 12 novembre 1890, un coup de revolver dans la tempe droite ; je la trouve dans un coma profond. Le trou d'entrée de la balle est tout petit ; son centre est situé au sommet d'une perpendiculaire de 38 millimètres de hauteur, abaissée sur une ligne horizontale partant de l'apophyse orbitaire externe et à 45 millimètres de cette apophyse, Par cette perforation s'écoule du liquide céphalo-rachidien. Trépanation : on enlève le projectile et plusieurs esquilles; pas de suture de la dure-mère, pas de drain ; suture complète de la peau. Réunion par première intention le septième jour. Le résultat a dépassé l'espérance : le coma cessa le jour même de la trépanation ; dès le lendemain les idées de suicide avaient disparu ; depuis cinq mois les grandes crises épileptiques n'ont pas reparu, les vertiges sont devenus plus rares, il s'est produit une seule absence. Les règles presque continues autrefois se sont régularisées. La pression sur la cicatrice est un peu douloureuse et détermine un léger étourdissement. Par quel mécanisme cette trépanation, pratiquée pour traumatisme, a-t-elle pu guérir l'épilepsie? Il est bien difficile de le dire. L'année prochaine je dirai si cette guérison s'est maintenue.

M. H. Jeannel (de Toulouse). — *Epilepsie Jacksonienne ; trépanation.* — Un homme de 32 ans est pris subitement, en février 1890, d'une attaque d'apoplexie qui laisse après elle un certain degré de parésie du membre supérieur droit Depuis les crises deviennent plus fréquentes et reviennent tous les deux jours. Un traitement antisyphilitique reste inefficace. Quand je vis le malade pour la première fois, il était atteint d'une agitation spasmodique continuelle de l'avant-bras droit, et de la moitié droite et inférieure de la face. Les accès épileptiformes se reproduisaient toutes les deux nuits et les convulsions portaient surtout sur le côté droit. Il était aphasique, mais pas complètement, car il pouvait prononcer quelques mots et répondre, mais incomplètement aux questions. Le malade avait reçu, à l'âge de quinze ans, un coup de couteau au niveau de la région pariétale gauche. Mais la cicatrice n'était pas adhérente. Le diagnostic fut celui de tumeur cérébrale. Trépanation au niveau du sillon de Rolando ; dure-mère sans battements ; au-dessous d'elle, je trouvais une masse violacée, molasse, se prolongeant dans la substance cérébrale avec laquelle elle se continuait en bas et en arrière. La brèche crânienne fut agrandie, la masse fut enlevée à la curette, en creusant de la sorte dans le cerveau une cavité du volume d'une amande verte; je fis deux ponctions dans la substance cérébrale sans résultat; suture du périoste et de la peau. Résultat opératoire très bon, thérapeutique beaucoup moins. Les mouvements spasmodiques de la peau ont cessé, mais ceux du membre supérieur ont persisté accompagné d'une légère parésie. Au bout de six semaines les crises épileptiques ont reparu, et actuellement elles reviennent tous les 15 jours. L'aphasie persiste encore pour certains mots.

M. Duret (de Lille). — *Deux cas de trépanation.* — L'observation suivante me permet d'établir une classe d'épanchements sanguins intra-crâniens différents de ceux décrits par MM. Duplay et Gérard-Marchand. Ces auteurs ont dégagé un premier groupe symptomatique, dont l'hémiplégie, le stertor, certains phénomènes locaux et surtout l'ecchymose pariéto-temporale sont les principaux éléments. A ce premier groupe de faits j'en ajouterai un second ; ce sont les cas où, à la suite d'un choc, l'*aphasie traumatique* est l'*accident prédominant;* l'intelligence est conservée et les troubles paralytiques fort peu accusés. Le malade suivant en est un bel exemple. Un boucher est projeté hors de sa voiture sur le sol, il se relève et retourne chez lui à pied. Il continue ses occupations ; cependant il souffre de la tête dans la région pariéto-occipitale gauche ; au quinzième jour, la céphalée est devenue très intense, et il se produit une aphasie complète. L'intelligence est intacte, mais le malade est incapable de proférer aucun mot; il reconnait les objets et les personnes, mais il ne peut les dénommer. Donc il a une *aphasie motrice complète,* sans cécité ni surdité verbales. On constatait aussi une très légère hémi-parésie et quelques troubles sensitifs. Je diagnostiquai un épanchement sanguin comprimant la troisième circonvolution frontale et les régions motrices voisines. Trépanation. On détermine la ligne Rolandique par le procédé de M. Lucas-Championnière. On taille un large lambeau cutané de 8 à 10 centim. On applique une couronne de trépan à 4 centim. au-dessus du conduit auditif externe. La dure-mère est incisée ; au-dessous on trouve un caillot très adhérent, noirâtre, rétracté, qu'on incise ; il s'écoule environ deux cuillerées de liquide ; on ramène avec la curette de Volkmann une assiette creuse de gros caillots sanguins. Le foyer est lavé à la solution boriquée tiède. Un drain est mis à la surface de ces circonvolutions et sort directement à travers un orifice du cuir chevelu. La guérison de la plaie opératoire se fait en huit jours, sans suppuration. L'aphasie et les troubles parétiques disparaissent peu à peu, et, vers le dixième jour, le malade a recouvré complètement la parole. On pouvait le considérer comme complètement guéri, quand le vingt-deuxième jour, à la suite d'un excès de boisson, il fut pris d'une attaque convulsive et mourut. J'insisterai sur le *rôle prépondérant de la congestion cérébrale* dans ces graves accidents encéphaliques. J'ai montré dans mes expériences qu'une piqûre, l'injection de quelques gouttes d'eau ou de glycérine suffisent à la provoquer quand la boîte crânienne est fermée; si le crâne est largement ouvert par une couronne de trépan, au contraire, la réaction est nulle ; d'où l'utilité du trépan préventif dans ces circonstances. Un deuxième fait d'intervention opératoire est le suivant : Epilepsie traumatique chez un jeune soldat qui avait eu, à 14 ans, un traumatisme crânien. Pas de phénomène de localisation. Large trépanation pariétale, arachnoïde, opalescente semée d'un piqueté blanc : foyer d'arachnitis. Réunion par première intention. La céphalalgie, les vertiges, les attaques épileptiformes cessèrent.

M. Michaux (de Paris). — *Hémorrhagie méningée non traumatique; trépanation ; guérison.* — La chirurgie des affections spontanées de l'encéphale et de ses enveloppes, la chirurgie médicale, est loin d'être aussi avancée que celle des traumatismes cérébraux. C'est ce qui m'a déterminé à présenter l'observation suivante : Le 3 novembre 1870, on amène dans le service de mon maitre, M. Labbé, à l'hôpital Beaujon, un malade en état d'apoplexie complète avec hémiplégie faciale gauche et paralysie du membre supérieur droit. Les jours suivants, la paralysie s'étend au membre inférieur droit; des convulsions épileptiformes surviennent d'abord, limitées aux régions paralysées, puis bientôt généralisées, espacées

au début, elles deviennent véritablement subintrantes au bout de trois ou quatre jours. Manque de tout signe de fracture du crâne ou de traumatisme crânien. Les antécédents alcooliques, les libations absinthiques, plus abondantes le matin même de l'accident, autorisent l'hypothèse d'une apoplexie cérébrale, d'affection spontanée de l'écorce cérébrale ou des méninges. La forte proportion d'albumine dans les urines (0 gr. 65) et la diminution de l'urée (2 gr. 50) avec absence de tout trouble cardiaque, confirment cette hypothèse. Les accidents s'aggravent, l'intervention s'impose. — Je lui pratique la trépanation sur la ligne rolandique gauche par trois grosses couronnes de trépan. Par une brèche de 6 centimètres, j'incise la dure-mère et aussitôt s'échappent de gros caillots noirâtres, dont la quantité peut être évaluée à deux cuillerées à bouche. L'opération m'a permis de constater l'intégrité du crâne et des vaisseaux et un aspect louche de l'arachnoïde. Après l'opération, le malade s'améliore rapidement et en un mois nous constatons la disparition de la plupart des symptômes ; toutefois, aujourd'hui encore, 5 mois après l'opération, il reste encore une gêne de la parole et une parésie ou plutôt un peu de faiblesse dans le bras droit. J'y vois un argument de plus pour démontrer que j'ai eu sous les yeux une hémorrhagie méningée spontanée, dont l'alcoolisme ou l'urémie ont dû être les causes. Evidemment, il est toujours difficile d'affirmer que la chute a été le résultat et non la cause de l'hémorrhagie. L'origine spontanée ne peut être admise qu'avec réserve, mais elle paraît certaine. Il y a donc des hémorrhagies méningées spontanées dont le diagnostic avec les hémorrhagies traumatiques est très difficile. Je crois que, dans les hémorrhagies spontanées avec symptômes de localisation, la trépanation donnera aussi d'excellents résultats, ainsi que le disait encore le Pr Lannelongue, dans sa communication sur les indications de la crâniectomie.

M. Reynier (de Paris). — *Epilepsie jacksonienne.* — Il s'agit d'un enfant de 10 ans 1/2 qui, depuis un an et demi, présentait des crises d'épilepsie jacksonienne. A l'âge de 5 ans, il avait été pris de crises bizarres : picotement sur les muqueuses de la face, avec sécrétions abondantes de la conjonctive et de la pituitaire. En 1888, il présenta des symptômes plus nets, fit quelques chutes sur la tête, eut des céphalalgies. En avril 1889, premier accès convulsif ; la bouche était fortement déviée à droite ; puis ces accès se répétèrent ; ils revenaient quatre à cinq fois par jour ; ils commençaient par la face ; la bouche et la langue se déviaient à droite, rotation conjugée de la tête et des yeux. Convulsions du côté droit, bientôt généralisées, mais restant prédominantes du côté droit. L'intelligence était conservée ; il n'y avait pas de troubles sensitifs, et l'examen ophtalmoscopique resta négatif. L'enfant fut examiné par M. Charcot, qui porta le diagnostic d'épilepsie partielle sensitivo-motrice, correspondant à une lésion probable de la partie moyenne et inférieure des circonvolutions rolandiques. Le traitement à l'iodure et au bromure de potassium ne donna aucun résultat. Trépanation le 19 avril 1890, suivant les lignes de repère de M. Poirier qui me furent très utiles. Le crâne ouvert dans la région rolandique, j'agrandis la brèche et aperçus une tumeur grisâtre, d'apparence kystique, immédiatement appliquée contre les circonvolutions. Après avoir essayé de la détacher complètement, vu l'impossibilité de le faire, je me bornai à extirper sa paroi superficielle, et je suturai la dure-mère. Suites opératoires très simples. Le 4 septembre, les crises reparaissaient. Une nouvelle intervention fut tentée le 15 décembre 1890. J'agrandis la brèche crânienne primitive, je retrouvai le kyste en partie reconstitué, et je cherchai à l'énucléer avec la spatule ; il se rompit ; je grattai alors la cavité à la curette. Sutures et drain. Le lendemain, six crises épileptiformes ; le 22 décembre, nouvelle crise suivie d'aphasie ; puis tout disparut et de nouveaux accès ne se sont pas reproduits depuis lors. Il y a aujourd'hui trois mois et demi que l'opération a été pratiquée, et aucun nouvel accident n'est à signaler. M. Landouzy a pratiqué l'examen histologique de la tumeur : c'est un gliome kystique.

M. Picqué (de Paris). — *Plaie pénétrante du crâne par arme à feu ; abcès intra-cérébral ; craniectomie exploratrice ; guérison.* — Une jeune fille de dix-neuf ans se tire un coup de revolver dans la région frontale. Etat comateux pendant cinq ou six jours. Réveil progressif et complet des facultés intellectuelles. La malade n'a perdu que le souvenir de l'accident ; le médecin, en présence de l'absence de signes précis, nie la pénétration. La plaie se trouve à la racine des cheveux et à droite, entre la région frontale droite et temporale correspondante, un peu en avant de la suture coronale. Nous constatons l'intégrité absolue des facultés intellectuelles. Aucun phénomène paralytique. La malade a repris son existence habituelle. Il n'existe qu'une hémicrânie continue à droite. L'exploration démontre la pénétration. Le diagnostic d'abcès intracérébral est posé par M. Pozzi qui me confie le soin d'opérer la malade et me fait l'honneur de m'assister. Opération le 1er janvier. Large trépanation. Le frontal est perforé ; la dure-mère mise à nu présente elle-même une perforation à l'emporte-pièce. Incision de la dure-mère. La surface cérébrale est intacte ; mais il existe une perforation par où la substance grise fait hernie. Incision au bistouri de la substance cérébrale ; il coule un flot de pus ; la balle n'est pas retrouvée. La guérison est complète ; au bout de cinq semaines, la malade quitte Paris et reprend sa vie habituelle. Examen des fonctions cérébrales par MM. Magnan et A. Robin qui la déclarent absolument guérie. Il n'existe aucune défaillance des facultés intellectuelles.

M. Broca. — Il y a trois ordres principaux d'*indication à la trépanation du crâne*, la trépanation pour accidents traumatiques. 1° On se guide sur une lésion extérieure ; 2° On va à la recherche d'une lésion cérébrale, de nature connue ou inconnue, dont le siège peut être diagnostiqué en rapprochant les symptômes qu'elle provoque de ce que nous savons sur les localisations cérébrales ; 3° On opère sans être ainsi conduit par la doctrine des localisations, mais on a pu diagnostiquer la nature de la lésion et dès lors, d'après nos connaissances anatomo-pathologiques, on sait quel est son siège usuel, on sait aussi par quelle voie il convient le mieux de l'aborder. Les lésions extérieures qui peuvent nous servir de guide sont à peu près toutes d'ordre traumatique. Le type des interventions de la deuxième catégorie nous est fourni par les trépanations pour tumeurs, ce mot étant pris dans son sens clinique : il est impossible de s'attaquer à un néoplasme, pas plus qu'à un kyste, si ce néoplasme ne cause pas des symptômes de localisation, dont l'épilepsie Jacksonienne est la plus vulgaire. Le type, enfin, de la troisième espèce, nous est donné par les abcès cérébraux de l'otite moyenne : ces abcès ne causent presque jamais de signes de localisation, mais ils provoquent des symptômes rationnels qui font diagnostiquer leur existence, et d'autre part l'anatomie pathologique nous apprend quel est leur siège usuel. Mais les abcès ne sont pas seuls représentants de ce type, dans lequel il faut encore ranger les trépanations pour hydrocéphalie. J'ai eu à intervenir dans ces trois conditions et je vais rapporter ces observations. L'une d'elles sera d'ailleurs seulement indiquée, car je l'ai déjà publiée dans la *Revue de chirurgie* (janvier 1891, p. 38) : c'est une trépanation pour hydrocéphalie, où je ne cherchai qu'un résultat palliatif, lequel a été obtenu (Voyez *Mercredi méd.*, n° 8, p. 94, 1891).

Dans ce cas il y avait un signe de localisation : une contracture athétosique du membre supérieur. Je n'ai toutefois pas songé à mettre à nu le centre cortical du membre supérieur. C'est que, d'après l'histoire de la maladie, j'avais diagnostiqué une hydrocéphalie intraventriculaire, et dès lors j'avais pensé que la première indication chirurgicale était de vider ces ventricules. Je ne me suis laissé guider par la physiologie que pour choisir le ventricule droit et c'est lui que j'ai drainé. A ce point de vue, j'opposerai cette observation à la suivante où, trépanant sur le centre du membre supérieur gauche, j'ai évacué un kyste cérébral et grandement amélioré une épilepsie Jacksonienne. Dans ce cas, en effet, M. le Pr Charcot avait diagnostiqué une monoplégie brachiale spasmodique infantile. La lésion ancienne, contre laquelle la chirurgie devait se déclarer impuissante, était sans doute une sclérose cérébrale ; mais depuis 4 ans s'étaient ajouté des crises d'épilepsie Jacksonienne, si bien que le Pr Charcot soupçonnait un kyste et il envoya le malade à M. Terrier pour qu'on tentât l'évacuation de ce kyste.

M. Terrier voulut bien me confier ce malade, qu'avec son assis-

tance je trépanai sur le centre du pouce gauche. Il y avait, en effet, un kyste qui fut drainé. A la suite de cette opération, le sujet, dont M. le Dr Monprofit (d'Angers) a bien voulu m'envoyer des nouvelles toutes récentes, a été considérablement amélioré : il n'a plus que de petites crises nocturnes, sans grandes convulsions; son bras prend de la force, sa vue devient meilleure et surtout son caractère est beaucoup moins irascible.

Je relaterai enfin l'histoire d'un homme auquel j'ai pratiqué une trépanation secondaire pour lésion traumatique. Cet homme avait été atteint, en novembre 1889, d'une fracture compliquée, suppurée, pour laquelle, en décembre, M. Terrier avait fait une trépanation et avait évacué une petite collection purulente avec l'arachnoïde. Le résultat fut bon, mais non pas parfait, car le malade revint quelques mois après à l'hôpital, présentant de l'épilepsie jacksonienne atteignant la mâchoire inférieure et le membre supérieur gauche. De plus, il persistait une fistulette crânienne. Fallait-il mettre à nu le cerveau et chercher une lésion corticale? Je pensai que mieux valait enlever d'abord simplement la partie osseuse infectée, qui irritait constamment la dure-mère. De la sorte, je taris complètement la suppuration. Depuis ce jour, les crises sont bien moins fréquentes et bien moins graves : il est exceptionnel que le bras participe aux secousses. Cela étant, et comme le sujet a pu reprendre son métier de déménageur, je ne crois pas indiqué d'explorer la substance cérébrale.

M. Doyen (Reims). — *Kyste cérébral infantile.* — Un jeune homme de seize ans présente successivement, depuis l'âge de sept ans, de l'affaiblissement des facultés intellectuelles, des crises épileptiques et de l'hémiplégie gauche. La vision était abolie du côté droit. Une fissure crânienne diffuse occupe la région de l'écaille du temporal du même côté. Le traitement antisyphilitique longtemps prolongé était resté sans résultat. M. Doyen diagnostiqua une tumeur bénigne, probablement kystique. Il trépana, ouvrit un kyste intracérébral contenant plus d'un tiers de litre de liquide albumineux. En deux mois, la guérison fut obtenue, et elle ne s'est pas démentie depuis deux ans.

M. Th. Anger (de Paris). — *Un cas de crâniectomie.* — J'ai fait la crâniectomie chez une fillette de 8 ans, qui commença à l'âge de 18 mois à présenter des troubles intellectuels manifestes avec crises convulsives fréquentes. Depuis l'âge de cinq ans, elle fréquente l'école et elle ne sait pas encore l'alphabet, elle ne sait même pas parler. M. Lannelongue ne voulut pas opérer; mais sur l'instance de ces parents je cédais. Couronne de trépan au niveau de la suture lambdoïde, le cerveau paraissait à l'étroit dans la boîte crânienne, j'agrandis l'ouverture, puis sutura la peau. Suites opératoires très simples. Les facultés intellectuelles se sont peu à peu développées d'une façon remarquable; la parole est devenue plus libre, plus distincte. Actuellement on espère faire de cette idiote une enfant ordinaire; à l'école on a constaté des progrès.

M. Verneuil (de Paris). — *Fistule de la région sacrée, de date très ancienne, donnant passage au liquide céphalo-rachidien.* — Jeune fille, d'ailleurs très bien portante, qui, seize mois auparavant, avait vu apparaître à la région sacrée une petite tumeur; au bout de quatre mois la collection c'est-à-dire abcès s'ouvrit et resta fistuleux. Le soulagement fut immédiat, mais l'écoulement ne se tarit pas et, depuis lors, il persiste une *fistule rachidienne.* Lorsque je vis la malade, la fistule, située à la région sacrée, à droite de la ligne médiane, était oblique en dedans et conduisait directement la sonde cannelée sur la face postérieure du sacrum, au niveau de la 3e vertèbre dénudée. Je pensais à un ancien abcès sous-percortique, ayant laissé une fistule et probablement un séquestre. Je débridai, ne trouvai pas de séquestre, mais une dénudation au voisinage d'un trou sacré par lequel je pus faire pénétrer la pulpe du doigt dans le canal rachidien. Je ruginai l'os dénudé et je fis le pansement. Dès le lendemain je constatais à mon grand étonnement que le pansement était inondé par un abondant épanchement séro-purulent, mais surtout séreux. De plus, au quatrième jour, la malade était dans un état semi-comateux et en proie à une oppression singulière. Ayant appris que ces phénomènes, écoulement de liquide séreux et accidents comateux, s'étaient déjà produits avant l'opération, je pensais alors que la fistule donnait lieu à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. M. Villejean analysa le liquida, et confirma mon hypothèse. Les phénomènes généraux, coma et oppression, étaient probablement dus à l'abondance de la perte de liquide céphalo-rachidien. L'état de la malade s'est rapidement amélioré; le fistule a diminué, l'écoulement est devenu moins abondant, et la malade a pu repartir pour le Mexique, portant encore une petite fistulette qui de temps en temps livre passage à un peu de liquide.

M. Bazy. — *Kyste hydatique du canal sacré. — Trépanation exploratrice du Rachis.* — J'ai opéré le 9 novembre 1886, c'est-à-dire 7 mois avant la première opération de M. Horsley, une dame de 45 ans, atteinte d'un kyste hydatique comprimant la queue de cheval. Je n'ai pas communiqué plus tôt cette opération, la première en date, parce que je voulais étudier surtout la possibilité d'une régénération nerveuse. Or, mon opérée mourut en 3 semaines d'une néphrite suppurée par cathétérisme. — Je vous communique encore l'histoire d'un homme de 29 ans, hystérique et syphilitique, atteint de paraplégie avec contracture, anesthésie et incontinence d'urine. Etait-ce de l'hystérie ou de la compression de la moelle? Les hommes les plus compétents restèrent indécis. Je conclus donc à une incision exploratrice que je fis le 2 octobre 1888 et qui resta négative. Réunion immédiate totale. Aucune influence sur la paralysie. J'admets donc la trépanation exploratrice du rachis. Je ne crois pas utile une instrumentation spéciale; les ostéotomes ordinaires suffisent. Après l'opération, il faut faire une réunion parfaite sans drainage, pour éviter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Jonnesco.

Séance du Mardi (soir) 31 *mars* 1891. — Présidence de M. E. Boeckel.

M. Heydenreich (Nancy). — *De la résection partielle du pubis dans l'ablation des tumeurs vésicales.* — Chez un homme de 62 ans, qui présentait un néoplasme vésical volumineux développé surtout au voisinage du col de la vessie, M. Heydenreich fit la taille hypogastrique et fut obligé d'avoir recours à la résection partielle du pubis pour aborder plus facilement la tumeur. Helferich, qui le premier a recommandé cette opération, a démontré que l'on pouvait réséquer un fragment de 6 centimètres de long sur 2 de hauteur de la branche horizontale du pubis, sans compromettre la solidité de la ceinture pelvienne. Mais un fragment de 4 centimètres de longueur, c'est-à-dire dont les limites siégent en dehors de l'épine du pubis, suffit pour donner beaucoup plus de jour et de facilité à l'intervention. Dans le cas particulier, le malade succomba à une pyélo-néphrite suppurée, qui existait déjà avant l'opération.

M. Pozzi fait remarquer qu'avant de recourir à la résection du pubis il fallait tout d'abord essayer de mettre le malade dans la position déclive, recommandée par Trendelenbourg, qui rend les organes du petit bassin beaucoup plus facilement accessibles.

M. Poncet (de Lyon). — *Sur la calcanéotomie verticale avec glissement.* — Ce cas concerne un homme de 20 ans, qui s'était fait une section du tendon d'Achille. La cicatrisation de la plaie était terminée, lorsque le malade vint réclamer des soins chirurgicaux ; l'écartement des deux extrémités sectionnées du tendon dépassait alors 3 centimètres et l'affrontement était impossible. Dans ces conditions, on pratiqua la section avec la scie de l'extrémité postérieure du calcanéum, sur laquelle s'insère le tendon. On le fit glisser en haut de quelques centimètres, de manière à mettre les deux surfaces tendineuses en contact et l'on fixa l'extrémité osseuse mobilisée à la partie antérieure du calcanéum au moyen d'une cheville d'ivoire.— L'opération peut être réglée de la manière suivante: Dans un premier temps, on fait une incision en U à la face postérieure du tarse, sans intéresser la face plantaire et l'on dissèque le lambeau. A l'aide d'une scie, on sectionne l'os verticalement, de manière à détacher une tranche osseuse de 1 centimètre ; on mobilise le fragment, en sectionnant les tissus fibreux avec les ciseaux ; c'est le second temps. Enfin, le troisième temps consiste à perforer les deux fragments osseux et à les assujettir à l'aide d'une cheville d'ivoire. M. Poncet pense que ce procédé pourrait être appliqué aux ruptures tendineuses du triceps brachial, ainsi qu'aux fractures du ligament rotulien.

M. G. Maunoury. — *Sur la crâniectomie.* — Il est nécessaire de réunir un certain nombre de faits longtemps observés, avant de porter un jugement définitif sur la crâniectomie. La principale indication, la soudure prématurée des sutures, est bien difficile à diagnostiquer d'une manière précise. Au point de vue des résultats, il faut se garder d'espérances exagérées; le résultat d'ailleurs ne peut être que très relatif, mais il n'est pas pour cela négligeable. Il est d'ailleurs très difficile de savoir faire la part du rôle de l'opération et du rôle de l'éducation dans les résultats obtenus. Enfin, chose plus importante, il faut se garder de trop vite juger les faits, car les résultats de la crâniectomie ne paraissent pas définitifs. Dans certains cas, les résultats, assez satisfaisants au début, vont en s'atténuant graduellement et l'opéré revient peu à peu à l'état où il se trouvait avant l'opération. C'est précisément ce qui est arrivé chez une petite fille microcéphale de 4 ans, opérée le 20 octobre dernier. Ses antécédents sont peu chargés. A 3 ou 4 mois les fontanelles sont complètement fermées. A 6 mois apparaissent des mouvements convulsifs dans les 2 membres supérieurs. La marche et la station sont impossibles. Il existe une contracture des membres inférieurs avec équinisme double. Les membres supérieurs sont le siège de mouvements athétosiques. Le faciès est peu intelligent; la tête tombe en avant sur la poitrine. La parole est nulle et la mastication incomplète. Le 20 octobre on pratique la crâniectomie, d'après les règles formulées par M. Lannelongue. Les suites de l'opération sont simples. Immédiatement après, l'enfant devient calme; elle ne pousse aucun cri, les mouvements athétosiques disparaissent et les membres supérieurs peuvent exécuter quelques mouvements volontaires. La tête se redresse; l'enfant mâche ses aliments. La contracture des membres inférieurs disparaît et l'enfant se soutient presque seul. Cet état dura 2 à 3 mois, puis le recul commença et l'état redevint graduellement tel qu'il était avant l'opération. La mensuration du crâne, pratiquée avant l'opération et 5 mois après elle, a montré que les diamètres du crâne n'avaient pas varié. Chez un second enfant âgé de 2 ans, M. Maunoury fit une brèche beaucoup plus large, mais, le jour même, l'enfant fut pris de convulsions et mourut 20 heures après l'opération.

M. de Larabrie, au nom de M. le Pr Heurtaux (Nantes), communique un *fait de crâniectomie.* — Il s'agit d'un enfant de 5 mois 1/2 dont les fontanelles étaient soudées et qui présentait depuis sa naissance des convulsions et des vomissements quotidiens. L'opération se fit dans des conditions excellentes. Les suites opératoires furent simples. Mais les modifications furent peu marquées et passagères. Les convulsions et les vomissements cessèrent pendant 48 heures; par contre, il se produisit un strabisme convergent passager; mais ces symptômes reparurent après ce temps et le malade mourut 5 semaines après l'opération, sans qu'il se soit produit de modifications dans le volume du crâne.

M. Ledru rapporte un cas d'*épithélioma du rectum* s'étendant de l'anus à 7 centimètres au-dessus de celui-ci et opéré par la voie rectale, par dissection, de manière à épargner le sphincter anal. Quelque temps après, il se produisit une récidive que l'on cautérisa à l'aide de la pâte de Canquoin, la malade refusant une nouvelle intervention chirurgicale. La cautérisation eut une action favorable sur la tumeur, mais détermina un rétréoissement cicatriciel qui céda d'ailleurs à la dilatation progressive. Actuellement la tumeur n'a pas récidivé et la malade retient parfaitement ses matières fécales.

M. Berthomier (de Moulins). — *Ostéomyélite des côtes.* — Les localisations costales de l'ostéomyélite sont encore peu connues et présentent certains caractères cliniques importants. Il se développe habituellement deux foyers épiphysaires. L'un, qui est situé en avant et qui correspond à l'articulation chondro-sternale, s'accompagne de tuméfaction et de rougeur de la peau et ne présente rien de spécial. L'autre, au contraire, est postérieur; il siège au niveau de la tête de l'os et fait saillie non sous la peau mais dans la plèvre en donnant lieu à des symptômes qu'il serait facile de confondre avec ceux d'une pleurésie enkystée. Il existe dans ces cas de la matité, du souffle et de l'égophonie, phénomènes qui disparaissent après la ponction de la poche sous-périostique et qui peuvent être causés par la tension des parties molles de l'espace intercostal. Dans un cas, il n'existait qu'un seul point postérieur qui avait d'ailleurs été pris pour une pleurésie enkystée. On trouva le périoste décollé dans toute sa longueur à la face interne de la côte. La guérison survint rapidement après la ponction.

M. J. Toison (de Douai). — *De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique.* — Les méthodes actuelles de trépanation ont l'inconvénient de déterminer une perte de substance osseuse permanente. En effet, la réimplantation des rondelles osseuses ne réussit pas toujours, surtout s'il s'agit de rondelles de grandes dimensions. Le procédé de Wagner constitue un progrès incontestable, car il permet d'obtenir une oblitération osseuse complète. Julius Wolff a le premier pratiqué la résection temporaire sur les lapins, mais c'est à Wagner que revient le mérite de l'avoir appliquée à l'homme. Au point de vue opératoire, les expériences sur les animaux ont démontré que la soudure des fragments sciés se faisait mieux que celle des fragments sectionnés à l'aide du ciseau. Il est donc préférable d'employer la scie. On taille un lambeau losangique ou quadrilatère comprenant les parties molles, jusqu'au périoste. Au niveau du bord rétracté des parties molles on incise le périoste en respectant un des bords. Aux quatre coins du lambeau, on creuse 4 puits comprenant toute l'épaisseur des parois osseuses et à chacun desquels aboutissent deux tranchées en pentes douces qui sont situées dans l'axe des bords du lambeau. On introduit ensuite une scie linéaire flexible mince dans un des puits et en suivant la face interne du crâne, entre cette face et la dure-mère. On en fait ressortir l'autre extrémité par un second puits. On scie de dedans en dehors trois des bords. Quant au quatrième on le scie aux 3/4, de manière à respecter le périoste. Il est facile à l'aide d'un ciseau de briser la mince lamelle persistante et de renverser ainsi le lambeau dermo-périostique et osseux. Une fois l'intervention spéciale achevée, on replace le lambeau qui s'adapte très bien, surtout si l'on a eu soin de diriger un peu obliquement les traits de scie, et la soudure s'opère très facilement. Ce procédé modifié a l'avantage de restreindre l'emploi du ciseau et du maillet. Il permet de donner une longueur illimitée au pédicule du lambeau et de provoquer une réunion plus parfaite.

M. A. Monprofit (d'Angers) rapporte un cas d'*étranglement interne traité par la laparotomie et suivi de guérison.* C'est l'observation d'un jeune homme de vingt ans, qui, après avoir éprouvé au mois d'août 1890 des accidents de péritonite aiguë, fut pris deux mois après d'étranglement interne avec vomissements incessants, constipation absolue, douleurs très vives dans l'abdomen. Le Dr Enon (d'Argenton-l'Eglise, Deux-Sèvres), qui soignait ce malade, sans recourir aux moyens habituellement employés en pareil cas (purgatifs, etc.), appela le Dr Monprofit à donner son avis au point de vue chirurgical. La laparotomie fut décidée et pratiquée quatre jours après le début des accidents. L'opération fut faite en pleine campagne, dans une chambre de ferme et sans aide d'aucune sorte. Le Dr Monprofit trouva après quelques recherches une bride fibreuse, adhérant à la convexité d'une anse élevée de l'intestin grêle. La coudure déterminée par cette bride était telle que le passage des matières était absolument interrompu. Au-dessus l'intestin était distendu et rempli de liquide; au-dessous de la bride il était vide et revenu sur lui-même. La bride fut sectionnée et l'intestin rentré dans le ventre. Le cours des matières se rétablit dans la soirée et la guérison était complète au bout de huit jours. Le malade se levait et a toujours joui depuis lors d'une excellente santé. Aucune médication n'avait précédé l'intervention chirurgicale et celle-ci a été faite assez tôt pour que le malado pût la supporter facilement.

M. Leprévost (du Havre). — *Restauration du vagin après ablation de la cloison recto-vaginale.* — Dans un cas d'épithélioma rectal développé chez une femme de [illegible] ans et ayant envahi la paroi recto-vaginale jusqu'à une hauteur de 6 à 7 centimètres, M. Leprévost a fait, après ablation de la cloison recto-vaginale, la restauration du vagin. Dans ce but il a disséqué, aux dépens du périnée un lambeau comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce lambeau semi-lunaire regarde la fourchette par son bord concave, tandis que son bord convexe confine à l'anus. Les extrémités se continuent avec les grandes lèvres. Le lambeau relevé est fixé provisoire-

ment à la vulve. On résèque la partie de la cloison par un coup de bistouri, puis le lambeau rabattu est suturé par son bord convexe au cul-de-sac vaginal postérieur. Ainsi disposé, le lambeau regarde le rectum par sa face cutanée, le vagin par sa face cruentée. Puis la paroi antérieure du rectum est légèrement attirée en bas et fixée par quelques points de suture à la plaie périnéale. — Les suites opératoires ont été des plus simples et les résultats secondaires excellents, tant au point de vue plastique qu'au point de vue fonctionnel. Aujourd'hui, 7 mois après l'opération, il n'y a aucune apparence de récidive. Ce procédé pourrait être appliqué, non seulement aux néoplasmes de la cloison, mais encore à certaines fistules recto-vaginales rebelles.

M. Berger (de Paris). — *Traitement des plaies pénétrantes de l'intestin.* — La conduite à tenir en présence d'une plaie de l'intestin n'est pas encore résolue d'une manière définitive. Il est nécessaire d'analyser tous les cas qui se présenteront. Ces cas sont relativement rares. Il y a un mois, M. Berger a reçu dans son service un garçon de 18 ans qui présentait une plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver. Le malade avait eu un vomissement, mais au matin l'état paraissait excellent lorsque subitement le pouls faiblit, le facies s'altéra, des douleurs abdominales se manifestèrent et l'on pratiqua la laparotomie. On trouva une double perforation d'une anse d'intestin grêle et une perforation au niveau du cæcum. Il existait déjà entre les premières anses intestinales un léger épanchement rougeâtre avec des flocons fibrineux, mais il ne paraissait pas y avoir d'urine, de matières fécales. On ne fit pas de lavage du péritoine. Les plaies intestinales furent suturées au fil de soie. On referma la plaie opératoire. Les phénomènes péritonitiques cessèrent, mais 3 jours après survint un ictère intense, du malaise, symptômes qui disparurent après des évacuations alvines. Quelques jours après les sutures de la paroi cédèrent et il s'échappa une quantité assez abondante de sérosité, puis peu à peu la plaie devint granuleuse et la réunion est à peu près complète aujourd'hui, de telle sorte que l'on peut considérer ce malade comme guéri. Sur 7 faits observés depuis 2 ans, M. Berger a vu deux fois la guérison survenir sans intervention dans deux faits de plaies par coups de couteau. Les 5 autres faits ont trait à des plaies par balles de revolver. L'une intéressait le cæcum, l'autre l'estomac : ces deux cas guérirent par la simple expectation. Dans les autres cas l'intestin grêle était perforé. Sur ces 3 cas un a survécu à la suite de la laparotomie. C'est le malade qui fait le sujet de cette observation. Lorsqu'il n'existe aucun signe de péritonite, ou lorsque les symptômes péritonéaux ont une marche subaiguë et une apparition tardive, on peut ne pas intervenir, mais dans tous les autres cas l'intervention est indiquée.

M. Verneuil cite un cas de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver remontant à 25 jours. Pas d'accidents encore.

M. Terrillon. — *Hystérectomie abdominale sus-vaginale.* — Il a pratiqué depuis 1890 54 hystérectomies qui lui ont donné 7 décès. Dans 28 cas le procédé suivi a été celui qui consiste à fixer le pédicule à la plaie abdominale. Il est avantageux de modifier un peu ce procédé; les sutures en colerette pour adosser le péritoine du pédicule au péritoine pariétal ne seraient d'aucune utilité. Il est par contre très important de prévenir l'infection du pédicule et dans ce but il convient de le saupoudrer de poudre de iodoforme et de tannin. Le caoutchouc, utilisé pour la ligature en masse, peut être assujetti par un simple fil de soie; enfin l'opération doit être conduite avec autant de rapidité que possible. Sur ces 28 cas, il y a eu 3 décès, l'un causé par infection tardive par le pédicule, le second par hémorragie et le troisième par septicémie au quatrième jour.— Dans 26 cas le pédicule a été abandonné dans la cavité abdominale après ligature à l'aide du caoutchouc. Cette série a donné 3 décès, l'un causé par une hémorrhagie, le second par septicémie et le troisième survenu à la suite d'une opération très laborieuse. Les deux derniers cas ont trait l'un à un fibrome très volumineux qui ne présentait pas de pédicule et dont la guérison fut parfaite, l'autre à un fibrome présentant de nombreuses adhérences à la vessie et à l'intestin, et qui fut suivi d'une mort rapide.

En somme, l'hystérectomie abdominale sus-vaginale donne de bons résultats. Quant aux indications des différents procédés, on doit recourir au pédicule interne lorsque le pédicule est petit et difficile à fixer; dans le cas contraire, il sera préférable de fixer le pédicule à l'incision abdominale.

M. Chénieux (de Limoges) s'étonne que l'on ait encore recours à la ligature élastique. L'hémostase provisoire est mauvaise. Il est plus simple de faire la ligature successive des vaisseaux. Quant au pédicule, il est plus rationnel de faire la transfixion de l'utérus, de faire la ligature des deux segments avec un fil de soie fort, puis une ligature circonférencielle de tout le pédicule. La surface de section est ensuite cautérisée au thermocautère.

M. Henri Delagénière (du Mans). — *Malformation utéro-vaginale.* — Il relate un cas de malformation congénitale chez une femme de 23 ans. Il y avait absence totale de vagin et d'utérus, mais la présence des ovaires était révélée par des phénomènes congestifs du côté du poumon. M. Delagénière fit la laparotomie le 4 février 1891, trouva les ovaires dans les fosses iliaques et en fit l'extraction. 12 jours plus tard, il établit chez la malade un vagin artificiel au-devant du rectum, tapissé en partie par la muqueuse vestibulaire et en partie par deux grands lambeaux cutanés empruntés aux régions anale et fessière. Depuis l'opération la malade se porte bien, n'a plus eu de phénomènes de congestion pulmonaire. Le vagin artificiel persiste avec les mêmes dimensions qu'après l'opération.

M. Delagénière insiste au point de vue anatomo-pathologique sur l'état scléro-kystique des ovaires ectopiés.

M. Auffret (Brest). — *Un cas de lympho-sarcome.* — J'ai observé un cas de mycosis fongoïde sur lequel s'est développé un sarcome à marche rapide. Il s'agit d'un malade atteint de mycosis fongoïde depuis 2 ans. Après divers traitements, le sujet avait éprouvé une amélioration passagère ; mais au bout de peu de temps il y eut une récidive se présentant avec des caractères particuliers. La lésion, qui occupait une grande partie du dos, était en partie cicatrisée, mais au centre de la cicatrice on constatait la présence d'une tumeur ulcérée par places et mesurant 14 cent. sur 12 cent. Je fis l'ablation au bistouri ; les suites de l'opération furent simples ; au bout d'un mois la cicatrisation était complète, et le malade pouvait se considérer comme guéri. Cette guérison s'est maintenue depuis 5 mois et demi. L'examen histologique montra que la tumeur enlevée était constituée par un sarcome indiscutable. Le point le plus intéressant de cette observation m'a paru être la transformation d'un mycosis fongoïde en sarcome.

M. Tuffier communique les résultats de 14 *néphropexies* qu'il a pratiquées depuis 3 ans pour des reins flottants. Il est nécessaire de distinguer deux catégories de reins flottants : le rein mobile simple et le rein mobile compliqué. Le premier est en quelque sorte une luxation traumatique de l'organe préparée peut-être par une faiblesse congénitale de l'appareil de sustentation. La seconde forme s'accompagne généralement de déplacement d'autres viscères. La néphroptose n'est qu'un incident de l'entéroptose telle que Glénard l'a décrite. Dans le premier cas l'opération est indiquée ; elle ne l'est pas dans le second. Sur ces 14 cas, il ne s'est produit qu'un décès survenu par tétanos aigu. 4 malades ont été opérées depuis trop peu de temps pour que l'on puisse juger de la fixation complète du rein. Dans un seul cas, le déplacement du rein se reproduisit quelque temps après l'opération. 8 fois la fixation est demeurée parfaite. Au point de vue des troubles fonctionnels, les malades qui présentaient des phénomènes douloureux ont vu ces phénomènes disparaître. Lorsque l'affection se manifeste par des troubles dyspeptiques, ceux-ci ne sont guère modifiés par l'intervention. Un malade qui présentait des attaques d'hystérie avec aura à début rénal a guéri d'une manière complète après la néphropexie.

M. Broca. — *Variétés anatomiques et cure radicale de la hernie inguinale.* — Il fait une communication basée sur 26 opérations concernant 24 sujets, dont une seule femme ; cette dernière étant atteinte de hernie bilatérale. Les 24 sujets ont guéri. Les hernies dont ils étaient porteurs se décomposent de la manière suivante : 1° Quatre hernies étranglées, dont trois ont eu l'étranglement aigu de la hernie congénitale ; une hernie directe à étranglement insidieux ; 2° Une hydro-épiplocèle enflammée ; 3° Deux épiploïtes gangréneuses ; 4° Dix-neuf her-

nies réductibles ou chroniquement adhérentes, chez 17 sujets. Parmi les hernies adhérentes, il en est deux où il s'agissait d'adhérences charnues naturelles par glissement du méso-côlon ascendant ou descendant : les deux fois, après réduction de la partie libre de l'intestin, la partie adhérente a pu être réduite par un mouvement de bascule de bas en haut et d'arrière en avant. Quatre fois il y avait adhérences de l'épiploon dans une dilatation pro-péritonéale du sac. Quatre de ces hernies étaient directes, c'est-à-dire que l'artère épigastrique longeait le côté externe de leur collet. Cela confirme l'opinion, déjà émise ailleurs par M. Broca, qu'on a exagéré la rareté de la hernie directe. Dans toutes ces opérations, sauf deux, la recherche du sac, même petit et vide, et sa dissection ont été très faciles. D'autre part, M. Broca pense que presque toutes les hernies obliques externes sont congénitales. On dit volontiers, cependant, que, dans la hernie congénitale, la dissection du sac est difficile, doit même quelquefois être laissée inachevée. Cette opinion est, en règle générale, inexacte, à condition toutefois qu'on connaisse exactement les enveloppes qui entourent le sac séreux, enveloppes qui, quoi qu'on en ait dit, se reconnaissent sur le vivant aussi bien que sur le cadavre, que la hernie soit ou non étranglée. Ces enveloppes sont, abstraction faite des hernies dites para-inguinales : 1° *pour la hernie directe* : peau et dartos, crémaster, fascia transversalis refoulé. Il est extrêmement facile de décoller le sac séreux de celui du fascia transversalis ; 2° *pour la hernie congénitale*, au-dessous du crémaster, la gaine profonde du cordon, qu'il faut inciser franchement pour y chercher les petits sacs, au milieu des éléments du cordon. Si la hernie est funiculaire, le fond du sac, libre, sert d'amorce à la dissection, facile même quand il y a une dilatation pro-péritonéale. Si la hernie est testiculaire, c'est sur un des bords de l'incision du sac et de la fibreuse commune qu'on isolera d'abord les deux feuillets, en les prenant entre les ongles des deux mains. De la sorte, M. Broca a toujours achevé la dissection jusque dans le ventre, et deux fois seulement ce temps de l'opération a demandé plus de 4 à 5 minutes. MORAX.

Séance du Mercredi (matin) 1er *avril* 1891. — Présidence de M. LANNELONGUE.

2e QUESTION à l'ordre du jour du Congrès : *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.*

M. SPENCER WELLS (de Londres). — M. Pozzi, secrétaire général, lit la traduction de la note de l'éminent chirurgien anglais. M. Sp. Wells ne comprend pas l'engouement que l'on a aujourd'hui pour l'ablation des annexes dans les cas d'affections inflammatoires de ces organes. Il renouvelle aujourd'hui les nombreuses protestations qu'il a déjà faites contre les abus de l'oophorectomie. Pour lui, le diagnostic précis est tellement difficile à faire qu'il ne faut pas opérer dans la majorité des cas. D'ailleurs Battey serait un peu de cet avis aujourd'hui.

M. LAWSON TAIT (de Birmingham) lit en français une longue communication. — Les statistiques nombreuses qu'il a publiées montrent que les résultats opératoires immédiats de la salpingo-oophorectomie sont aussi bons qu'il est possible de le souhaiter. La mortalité, pour les opérations qu'il a pratiquées lui-même, ne dépasse pas 3 0/0. En ce qui concerne les résultats éloignés de cette même intervention, il est plus difficile de répondre à toutes les critiques formulées. Pourtant, au lieu d'attaquer sans cesse cette opération, on ferait bien mieux de rechercher quelles sont les indications dans tels ou tels cas. On a dit, entre autres choses, que l'ablation des annexes amenait des modifications considérables dans l'organisme et cela a été répété souvent sans vérification expérimentale suffisante. On en a dit d'ailleurs autant pour la castration chez l'homme. M. Lawson Tait a essayé de montrer, en comparant les phénomènes de la menstruation qui s'observent dans la race humaine et chez les animaux domestiques avec ceux du rut existant chez les animaux vivant à l'état sauvage, qu'on avait beaucoup trop forcé la note. D'ailleurs, d'après une expérience qui a déjà trente ans de date, il est arrivé à la conclusion suivante en ce qui concerne ce point spécial : les résultats fournis par les salpingo-oophorectomies faites avant la puberté diffèrent certainement de ceux qui suivent cette opération exécutée après l'apparition des phénomènes physiologiques ; mais les appétits sexuels ne diminuent guère ou ne disparaissent pas généralement avec la cessation de l'écoulement sanguin, comme cela a lieu pour les animaux. La castration chez la femme est faite dans trois circonstances différentes : 1° pour des maladies utérines (myomes, hémorrhagies incoercibles); 2° pour des lésions inflammatoires des annexes; 3° pour les névroses d'origine génitale; mais il faut bien savoir que les faits rentrent souvent dans deux de ces catégories à la fois.

1° M. Lawson Tait a fait 271 castrations pour myomes utérins; il a eu 6 cas de morts opératoires; 8 fois les résultats thérapeutiques ont été nuls; on a dû faire ensuite l'hystérectomie (ou la tumeur est devenue maligne ou elle a augmenté de volume), ou bien la mort est survenue d'une façon intercurrente. Il reste donc 257 cas pour lesquels la guérison a été complète. Tous les symptômes ont cessé d'une façon vraiment remarquable. En ce qui concerne la disparition de la tumeur, il n'y a pas de doute que l'âge ait une notable influence; mais il est difficile de préciser exactement sur ce point. Avant l'âge de 40 ans, 70 fois sur 100 opérations la tumeur a disparu complètement. Après l'âge de 40 ans, il y a simplement diminution, plus ou moins grande d'ailleurs ; cette diminution varie entre le 1/6 et le 1/3 du fibrome. Parfois, après la castration, les femmes deviennent folles. Dans un de ces cas, il y eut une asthénie nerveuse fort inquiétante après l'ablation des annexes, mais très probablement cette complication n'avait rien à voir avec l'opération. D'un autre côté, il faut savoir que certaines opérées, devenues folles, avaient déjà le cerveau fort dérangé avant l'opération. Enfin, fait intéressant à noter, cette folie post-opératoire guérit souvent au bout de quelque temps sans laisser de trace. 2° En ce qui concerne la castration pour ovaro-salpingites, Lawson Tait insiste sur la difficulté de l'opération et sur la nécessité de la faire réellement d'une façon complète. Il n'a plus peur aujourd'hui des adhérences rectales ou vésicales. Dans 3 cas, où le résultat fonctionnel n'avait pas été satisfaisant, il ouvrit à nouveau l'abdomen et trouva trois petits kystes qu'il enleva. Les malades furent définitivement guéries : ce qui prouve que très probablement les premières opérations n'avaient pas été exécutées avec tout le soin voulu. Une complication fréquente, après l'ablation des annexes, c'est une *rupture des vaisseaux des ligaments larges*, au moment où les règles auraient dû reparaître. Ces effusions de sang sont caractérisées par une accélération du pouls, une élévation de température, survenant sans motif; c'est là un fait très mal connu jusqu'à aujourd'hui. Ces épanchements sanguins se résorbent ordinairement eux-mêmes, mais parfois ils suppurent ; il faut alors les ouvrir et les drainer. 3° Au début, Lawson Tait a été très réservé en ce qui concerne la cure des maladies nerveuses par la castration ; il n'y croyait guère; mais aujourd'hui qu'il possède plusieurs observations probantes, il serait plus osé. Le point capital, c'est de poser l'indication opératoire. Certaines névroses, en particulier l'*épilepsie d'origine menstruelle*, lui semblent devoir être ainsi traitées. Il cite un cas très démonstratif à ce point de vue. Il termine sa communication par le récit très instructif d'une castration pour folie menstruelle chez la nièce d'un médecin célèbre ; il n'opéra que la main forcée et sans prendre pour lui la responsabilité de l'opération. La malade guérit.

M. le Dr JACOBS (de Bruxelles) a fait, de 1888 à 1890, 58 ablations d'annexes pour ablations non néoplasiques de ces organes, 49 bilatérales, 9 unilatérales, toutes par la voie abdominale. Il a eu 56 guérisons et 2 décès. Il a noté plusieurs fois, après l'ablation des annexes des deux côtés, l'apparition de rétrodéviations graves. Il en conclut avec raison que si l'on avait fait à ce moment l'hystéropexie, ces rétrodéviations ne se seraient probablement pas produites. Pour lui, les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont très bons dans les cas de pyosalpingites et d'ovaires sclérokystiques. Ils sont moins bons pour les salpingites catarrhales et les petites tumeurs salpingitiques et rarement on obtient un résultat notable quand on fait la castration pour une affection nerveuse.

M. LE DENTU (de Paris). — Sur 34 cas de laparotomie pour lésions des annexes il n'a eu qu'une seule mort, due à ce que l'extrémité interne de la trompe fut rompue par la ligature,

d'où béance de ce segment de trompe et péritonite septique mortelle. Toutes les autres malades guérirent de l'opération. Les suites éloignées de ces opérations doivent être minutieusement étudiées. Un certain nombre de malades continuent à souffrir. Quelquefois, au bout d'un certain temps, les douleurs s'émoussent ou, au contraire, persistent assez intenses. Donc il s'agit là assez souvent de guérisons incomplètes, dont il faut chercher la véritable cause. Il y a d'abord des *névropathes*, surtout celles qui présentaient un état nerveux préopératoire; celles-là continuent, bien entendu, à l'être après l'opération, ce qui explique chez beaucoup de nos opérées les souffrances prolongées après l'opération. Les *adhérences* trop étendues, fibreuses, vieilles et incomplètement détruites pendant l'opération, peuvent expliquer pour beaucoup de cas les souffrances prolongées après l'opération. La *métrite* est un autre facteur important dans l'état nerveux prolongé après la laparotomie ; dans deux cas j'ai observé les signes d'une métrite parenchymateuse très prononcée après la laparotomie ; j'ai fait la dilatation et le curetage utérin soigné, sans aucun résultat ; alors j'eus recours à l'hystérectomie vaginale, très difficile dans ces cas, à cause des adhérences, les pinces lâchèrent, d'où des hémorrhagies très graves. Malgré cela la guérison fut obtenue, mais il persista dans un cas une fistule uretérale et une stercorale.

Une cause spéciale de douleur persistante après l'ablation des annexes par la voie abdominale, et sur laquelle je veux particulièrement attirer l'attention et que j'ai observée dans trois, peut-être dans quatre de mes cas, la voici : C'est le développement, après l'opération, d'un *kyste tubaire*, dans le tronçon de trompe qui reste adhérent à l'utérus. Voici le résumé des cas dans lesquels j'ai observé cette complication.

Dans le premier cas, il s'agirait d'une femme âgée de 36 ans, opérée en 1888 par l'extirpation des annexes par la voie abdominale; guérison opératoire rapide; persistance des douleurs; je la revois en 1890, elle souffre beaucoup, les douleurs siègent à gauche, s'irradient dans le thorax, le bras et la face du même côté; à l'examen local je constate une tumeur située sur le côté gauche du rectum et adhérente à cet organe. Je pratique la dilatation utérine, sérieuse et longtemps prolongée. Le résultat fut excellent; l'orifice tubaire se trouva aussi dilaté, car il eut un écoulement de liquide assez abondant par le vagin, et le contenu du tronçon de la trompe fut ainsi évacué, et la tumeur disparut. J'ai revu la malade il y a 3 semaines; les douleurs ont disparu, et la guérison se maintient complète depuis 9 mois. — Chez une deuxième malade, à laquelle j'ai enlevé les annexes par la même voie au mois de septembre 1889, les douleurs persistèrent avec des signes de métrite (écoulement de liquide purulent provenant de la cavité utérine) ; on essaya, contre les douleurs très vives l'électrisation, qui resta du reste sans effet. Je lui appliquai la dilatation utérine prolongée ; la malade dit avoir constaté un jour l'écoulement d'une certaine quantité de liquide. Quoi qu'il en soit, depuis ce traitement, elle est guérie de ses souffrances, et se trouve en très bonne condition. — Chez une troisième malade que j'ai opérée l'année dernière par l'extirpation des annexes, qui fut du reste très facile, j'ai constaté il y a 15 jours un petit kyste tubaire à droite, du volume du petit doigt, un autre plus petit à gauche, ainsi qu'une antéflexion. Je ne l'ai pas encore opérée, mais je me propose de commencer chez elle par la dilatation ; si malgré cela le kyste se reproduit, je lui ferai la laparotomie. Je conclus en disant que, dans le cours des extirpations des annexes, il faut attacher la plus grande attention à l'extirpation totale des trompes, quoique la chose soit souvent difficile ; mais de cette façon on évitera la production de ces kystes dans les tronçons de trompes restés et qui peuvent être la cause des souffrances prolongées après l'opération.

M. Terrillon a pratiqué 140 opérations d'ablation des annexes, dont 20 furent faites par M. Chaput, son assistant, avec 9 morts. 90 de ces opérations sont déjà publiées dans son livre sur les salpingites et ovarites ; cette série s'arrêtant au mois d'août dernier, je puis en donner les résultats définitifs. Quant aux 50 autres opérations, elles ne datent pas depuis un temps assez long pour pouvoir encore parler de leurs résultats éloignés. Sur les 90 cas de la première série, il y a 4 morts. Des malades guéries de l'opération, 74 sont actuellement absolument guéries ; 12 ont encore des accidents bénins : douleurs abdominales et vésicales, selles douloureuses ; en somme, ce sont des malades améliorées seulement par l'intervention; 4 malades présentent encore des lésions persistantes au voisinage des annexes. Sur les 50 malades de la 2e série, il y a 5 morts. Quant aux résultats définitifs, il est trop tôt pour en parler. Je veux attirer l'attention sur une complication bizarre, survenue chez trois de mes malades, après l'opération. La première, opérée il y a un an d'une salpingite catarrhale double et parfaitement guérie, revint dans mon service, trois mois et demi après l'opération, avec de vives douleurs dans le ventre et de la fièvre. Je trouve du côté gauche du ventre une tuméfaction appliquée contre la paroi abdominale et située à côté de l'utérus. Je fais le diagnostic d'un abcès, je le ponctionne à travers la paroi abdominale, je fais sortir 320 grammes d'un liquide séreux, contenant de l'albumine et de la fibrine, mais pas de microbes, ni de globules de pus. La malade fut soulagée. Maintenant elle est complètement guérie. Donc, la simple ponction a suffi dans ce cas. Une deuxième malade, opérée d'une double salpingite au mois de décembre dernier, sort de l'hôpital trois semaines après, guérie. Quinze jours après elle revient à l'hôpital avec les mêmes phénomènes que la précédente. Tumeur plus profondément située, sur les côtés du vagin. Ponction vaginale de la tumeur, avec l'aspirateur Potain. On obtient le même liquide que tout à l'heure. La malade est soulagée ; elle souffre encore un peu, mais on ne trouve plus trace de la tumeur. La troisième, enfin, est opérée par la méthode de Péan, avec évidement de poches et guérison rapide. Actuellement, cinq semaines après l'opération, la malade revient avec une élévation de température brusque, survenue il y a huit jours, des douleurs violentes dans le ventre. J'ai ponctionné une poche pareille aux précédentes, obtenu le même liquide et eus ainsi une amélioration rapide. Quelle est la cause de ces poches liquides non purulentes ? Je ne crois pas qu'elles se sont produites dans la trompe restante, car le liquide, quoique non purulent, est de nature inflammatoire; je crois plus probable son développement au milieu des adhérences restantes. Dans tous les cas, ce ne sont pas des kystes.

M. Bouilly (de Paris) possède actuellement 70 cas d'extirpation des annexes ; il cherche quelles sont les causes des insuccès thérapeutiques. Les accidents tardifs sont de 3 ordres ; poussées péritonéales récidivantes; douleurs tenaces ou passagères ; écoulement utérin muqueux, muco-purulents ou hémorrhagiques, persistant après l'opération. Les *poussées péritonéales* s'observent seulement après les pyo-salpingites ou les ovarites suppurées. J'ai observé, dans deux cas, des péritonites suraiguës tardives : dans un cas, un mois après l'ablation, mais elle disparut assez vite ; une deuxième femme opérée en 1887 par une ablation unilatérale eut en 1889 une poussée de péritonite aiguë avec la formation d'un abcès, ouvert spontanément au bas de la cicatrice abdominale ; ouverture large de l'abcès, guérison. Le *retour des douleurs* après la laparotomie est un accident pénible qui s'observe dans des conditions bien différentes ; une malade opérée en 1887 vit les douleurs revenir et, à partir du 15e jour de l'opération, les règles reparurent et on trouva une tuméfaction dans un cul-de-sac vaginal ; la malade attendit quatre ans. L'année dernière, on constata la tumeur, qui était pourtant intermittente ; je fis la laparotomie et trouvai une petite hématocèle enkystée dans les fausses membranes ; j'enlevai quelques débris membraneux, je vidai la poche. La malade guérit. Dans deux autres cas douloureux après l'opération, il s'agissait de salpingites catarrhales et interstitielles, petites, adhérentes, et dont l'extirpation fut laborieuse et peut-être même incomplète, ce qui expliquerait, dans ces cas, les douleurs persistantes.

Enfin la troisième cause des accidents tardifs, le *retour de l'écoulement muqueux, muco-purulent ou hémorrhagique*, je l'ai observée quatre fois. Dans trois cas, il s'agissait d'écoulement muqueux ; ou muco-purulent dans un seul d'écoulement hémorrhagique utérin. Je fis le curetage utérin dans les trois premiers cas, avec succès. Contre une hémorrhagie persistante je m'abstins de toute intervention; elle dura 6 mois et disparut spontanément et définitivement après. — En résumé,

sur 70 observations, 9 fois j'ai observé des accidents consécutifs : 2 fois des poussées péritonéales graves ; 3 fois des douleurs tenaces (2 fois avec persistance de reliquats fibreux) ; 3 fois des écoulements utérins muqueux ou muco-purulents ; et enfin 1 fois une hémorrhagie utérine persistante. Je ne connais que deux cas (ceux de douleurs tenaces) contre lesquels on se soit trouvé désarmé. Ces quelques insuccès ne doivent pas décourager l'opérateur, mais il faut les connaître pour pouvoir en éviter les causes.

M. Richelot. — J'ai pratiqué 170 fois l'ablation des annexes; mais quelques-uns de ces faits sont trop récents pour pouvoir parler de leurs résultats éloignés; reste donc 140 à 150 observations dont les résultats peuvent être appréciés. Je distinguerai les résultats, suivant les lésions ayant nécessité l'intervention. Dans les salpingo-ovarites légères, périovarites adhérentes, c.-à-d. dans les lésions légères, la laparotomie guérit les malades. On dit que les opérées pour des petites lésions guérissent moins bien que celles opérées pour des fortes. Cela est vrai pour certains cas particuliers, par exemple les femmes neurasthéniques à estomac dilaté, ou avec des utérus malades et qu'on laisse en place. Mais en général les malades guérissent très bien après l'ablation des lésions restreintes, à condition que le diagnostic soit bien porté et qu'on enlève les annexes cause du mal. L'ablation des ovaires à petits kystes donne de très bons résultats; j'en ai extirpé chez trente malades, une dizaine seulement ont eu des difficultés à se remettre. Les trente cas de salpingites adhérentes et d'hydro-salpinx n'ont donné aucune mort. Le seul phénomène à noter après ces interventions, c'est la persistance de la menstruation absolument normale, malgré l'ablation des ovaires et des trompes. Dans 15 cas j'ai pratiqué l'hystéropexie abdominale par traction sur les ligaments larges, pour des rétroversions avec succès. Dans les hémato-salpinx ou hématocèles retro-utérines, la guérison est quelquefois incomplète en opérant par la voie vaginale; la laparotomie au contraire permet d'enlever facilement les annexes ; dans ces cas la mortalité est faible mais elle existe néanmoins. Les ablations des annexes pour des fibromes utérins, pratiquées dans 15 cas, m'ont donné des résultats excellents. Dans les névralgies ovariennes pures, j'ai obtenu trois succès remarquables par l'ablation des ovaires. J'ai enlevé des ovaires absolument sains et la névralgie a disparu. Enfin, dans un cas d'hystérie vraie, l'ablation des ovaires m'a donné un résultat inespéré, car l'état de la malade fut radicalement modifié. En terminant, je tiens à faire remarquer que je suis loin de préconiser l'ablation des ovaires pour les simples névralgies ou pour guérir l'hystérie ; je ne puis que constater à ce propos les succès inespérés que cette ablation m'a donnés dans mes quatre opérations.

M. Jeannel (de Toulouse). — J'ai pratiqué 38 ablations des annexes sur 32 malades. Parmi les accidents tardifs, il faut signaler les femmes hystériques avant l'opération et qui le restent après. Dans un cas, j'ai eu un abcès que j'ai ouvert et ai guéri la malade. Chez une femme, après l'ablation d'une pyosalpingite grosse et adhérente, les douleurs persistèrent après l'opération, mais disparurent par des injections vaginales chaudes. Sur des femmes atteintes de rétroversion de l'utérus j'ai enlevé les annexes et obtenu une atrophie ultérieure de l'utérus et la guérison des troubles qu'elle accusait auparavant. J'ai observé quelquefois des poussées congestives, après l'ablation des annexes, du côté du rectum, de l'utérus, etc., mais ce sont des accidents passagers disparaissant au bout de 7 ou 8 mois. J'ai observé deux fois des accidents pareils à ceux signalés par MM. Le Dentu et Terrillon et j'ai obtenu la guérison de la tumeur consécutive par la laparotomie latérale et l'ouverture de la poche.

M. Pozzi. — J'ai fait venir ici 15 de mes malades opérées par l'ablation des annexes par la laparotomie, toutes pour des lésions très graves ; on pourra ainsi s'assurer de *visu* des résultats obtenus dans ces cas. Je signalerai une de mes malades chez laquelle des adhérences intestinales très fortes m'ont amené à disséquer l'S iliaque, et la guérison fut parfaite, malgré une cicatrice abdominale de 7 centim. d'étendue. M. Pozzi expose et dessine au tableau son procédé de suture de la paroi abdominale, suture à 3 étages, qui lui a toujours donné un excellent résultat.

M. Segond (de Paris). — J'ai pratiqué sur dix-huit femmes l'ablation des annexes par la laparotomie; ces opérations datent de huit mois à deux ans. Je veux opposer les résultats que j'ai obtenus par cette voie à ceux obtenus par la voie vaginale avec hystérectomie préliminaire. Sur mes dix-huit malades laparotomisées, je trouve : un insuccès thérapeutique complet, il s'agissait de lésions non suppuratives des annexes; cinq guérisons radicales, complètes, sans douleurs à la suite ; dans deux cas, il s'agissait de pyo-salpingites ; dans trois autres, de lésions non suppurées. Sept ont bénéficié largement de l'intervention; elles avaient des lésions non suppurées des annexes, mais elles ont encore maintenant des sensations douloureuses dans le ventre, des pesanteurs, quoique atténuées. Donc, ces malades n'ont pas obtenu une guérison absolue. Cinq opérées pour des suppurations très graves des annexes, avec pelvi-péritonites, ne souffrent plus, mais deux d'entre elles ont encore des métrorrhagies profuses ; trois autres ont des écoulements utérins abondants ayant nécessité le curetage utérin. Enfin, dans trois de ces dix-huit opérations, il s'est produit plus ou moins tard une hernie au niveau de la cicatrice. J'arrive maintenant aux résultats tardifs obtenus par l'opération de Péan.

Je possède aujourd'hui 30 cas de ce genre, dont 23 publiés à la Société de Chirurgie par moi. 17 femmes sont guéries par l'opération de Péan depuis le 9 août dernier au 10 décembre. Une seule femme, ayant subi antérieurement l'ablation des annexes par la laparotomie et ayant eu une récidive pour laquelle je lui fis l'hystérectomie vaginale, n'est pas tout à fait guérie ; les autres 16 opérées sont en excellent état. Il est à remarquer que, contrairement à ce qui est pour la laparotomie, la nature des lésions des annexes n'influence nullement le résultat de l'opération par la voie vaginale. Sur les 16 malades qui ne souffrent pas : 9 avaient été opérées pour des suppurations pelviennes, dont 5 pelvi-péritonites et 4 lésions suppuratives des annexes : pyo-salpinx. Ce sont là les cas des grands succès de la laparotomie. Les 7 autres, qui ne souffrent plus, avaient des lésions non suppuratives, petites, et trois d'entre elles étaient des hystériques avérées. Ce sont les cas mauvais de la laparotomie ; or, toutes les 7 guérirent parfaitement.

M. Routier. — J'ai opéré, depuis le mois de juillet 1887 jusqu'au mois de décembre 1888, 52 malades atteintes d'hémato-salpinx, d'hydro-salpinx, de salpingite catarrhale et enfin de salpingite tuberculeuse, toutes par la voie abdominale. Comme résultats tardifs, j'ai observé les faits suivants : la suppression totale des règles arrive dans tous les cas si l'ablation a été complète ; ainsi, en consultant mes fiches d'observation, je vois que chez les malades ayant eu des hémorrhagies utérines, après l'ablation des annexes, il s'agissait d'opérations laborieuses, difficiles, et par conséquent dans lesquelles j'ai pu laisser quelques débris des annexes ; ce qui explique, dans ce cas, les règles persistantes. L'état de sensibilité du ventre après l'opération existe quelquefois, mais il faut tenir compte de l'état nerveux des malades, ce qui explique cette sensibilité abdominale persistante. J'ai souvent noté un phénomène sur lequel on n'a peut-être pas assez attiré l'attention. Ce sont les *poussées conjestives*, du côté de la face surtout, passagères et n'ayant en somme pas une grande importance, car elles sont compatibles avec un excellent état général. — Un dernier phénomène que j'ai observé, c'est *l'atrophie de l'utérus* survenant 6 à 7 mois après l'ablation des annexes, l'utérus devient véritablement infantile. Je n'ai jamais observé de grossesse survenir après les ablations des annexes. En somme, l'ablation des annexes par la laparotomie me paraît une bonne opération, donnant d'excellents résultats ; j'ai même observé, dans les quatre cas que j'ai opérés sur des tuberculeuses, un ralentissement évident de l'évolution de la tuberculose.

M. Bazy (de Paris). — Je désire attirer l'attention des chirurgiens sur l'influence excellente que l'ablation des annexes malades peut avoir sur les accidents hystériformes. Il s'agit d'une femme présentant des symptômes d'hystérie : crises hystériques, paralysie complète des membres inférieurs, anesthésie de l'extrémité inférieure du corps, et tout cela avec des douleurs violentes dans le ventre. M. Ballet constata chez elle des lésions des annexes de l'utérus ; dans les deux ovaires, il y avait des masses ayant le volume d'un gros œuf de pigeon.

L'ayant examinée à mon tour, j'ai porté le diagnostic d'ovaire polykystique. La laparotomie confirma ce diagnostic ; je fis l'ablation des ovaires polykystiques. Immédiatement après il survint la disparition de tous les phénomènes paralytiques et douloureux. De cette observation je tire la conclusion, non pas qu'on doit enlever les ovaires sains chez les hystériques, mais que, dans les cas de lésions évidentes des annexes, on doit enlever ces dernières, et que leur ablation peut amener la guérison des accidents hystériformes.

M. Poncet (de Lyon) a pratiqué, il y a 18 mois, l'ablation des annexes chez une femme qui n'avait ni utérus, ni vagin; ce qui amena la cessation des troubles que cette malade ressentait.

M. Doyen (de Reims). — J'ai pratiqué 56 opérations sur les annexes et l'utérus, pour des lésions autres que le kyste de l'ovaire et le cancer ; 32 laparotomies ont donné 2 morts opératoires et 3 résultats nuls : chez une femme atteinte de salpingites purulentes fistuleuses doubles, et chez deux hystériques, opérées *in extremis*. — 7 femmes continuent à souffrir de pesanteur abdominale, de névralgies, de crises gastralgiques ; trois de ces femmes s'améliorèrent grâce à un traitement approprié ; une quatrième a subi une hystéropexie secondaire; deux autres, l'hystérectomie vaginale ; la dernière, qui conserve un gâteau tubo-ovarique ancien et enflammé, devra se soumettre à la même intervention. Les 20 résultats satisfaisants comprennent 13 castrations tubo-ovariennes doubles et 7 opérations incomplètes, dont 4 cas de destruction simple des adhérences pelviennes avec réduction de l'utérus rétroversé. J'ai fait en 1886, sans résultat thérapeutique, une laparotomie sous-péritonéale, dans un cas de fistule purulente tubo-rectale. Depuis j'ai guéri en atteignant par cette voie des masses inflammatoires péri-utérines unilatérales, non suppurées, et en les incisant jusqu'au voisinage du col utérin; il s'agissait de femmes affaiblies et chez lesquelles la laparotomie nous semblait impraticable. Nous avons pratiqué l'hystérectomie vaginale de propos délibéré depuis l'année 1887 pour des lésions non néoplasiques des annexes; 20 hystérectomies nous ont donné un seul cas de mort. Les résultats thérapeutiques de cette dernière opération sont des plus remarquables. Chez une seule de nos opérées, laquelle nous avions, en raison de la multiplicité des adhérences, après l'évacuation et le tamponnement d'une hémo-salpinx, remis l'utérus en place, la guérison ne se maintint que 3 mois; à la suite d'une la fatigue excessive, les douleurs reparurent : une simple laparotomie avec destruction des adhérences péri-utérines assura la guérison définitive.

Les résultats éloignés de ces 56 opérations démontrent que la castration totale, c'est-à-dire l'hystérectomie vaginale suivie d'ablation des annexes, est l'opération qui donne les succès thérapeutiques les plus constants et les plus durables. Nous la pratiquons de propos délibéré toutes les fois que l'utérus, douloureux et déplacé, doit être sacrifié. Mais, dans bien des cas, il est possible de ménager les fonctions ovariennes, et les guérisons que nous avons obtenues par la destruction des adhérences pelviennes et par la laparotomie simple sous-péritonéale, sans ablation des annexes, ni de l'utérus, nous démontrent que dans certains cas la castration et l'hystérectomie sont excessives. Si certains cas de pelvi-péritonites diffuses guérissent par la laparotomie et le nettoyage du petit bassin, il en est où les adhérences sont tellement dures et fibreuses, où les tissus enflammés sont si vasculaires et si friables qu'il est prudent de tenter l'intervention incomplète et de pratiquer ultérieurement l'hystérectomie vaginale si elle est nécessaire. Dans les cas réellement compliqués, la *laparotomie exploratrice* doit donc précéder l'hystérectomie vaginale et souvent la première opération suffit. Dans les cas de fistules purulentes péri-utérines, l'hystérectomie vaginale est sans exception l'opération de choix. Marcel B. et Jonnesco.

Séance du Mercredi 1er avril (soir). — Présidence de M. Heydenreich.

M. Terrier (de Paris). — *Deux ablations de l'utérus cancéreux par la voie sacrée.* — Depuis que Kraske a démontré tout l'avantage qu'il y avait à atteindre le rectum par la voie sacrée, de nombreux chirurgiens étrangers ont suivi cette même voie pour extirper les organes du petit bassin et notamment l'utérus, tout en modifiant le procédé opératoire suivant les exigences de chaque cas particulier. Zuckerkandl, Wölfler, Roux, etc., ont rapporté des cas de ce genre. Ce dernier a obtenu des résultats très satisfaisants, puisque sur 10 opérations il n'a perdu qu'une malade ; il a proposé la résection temporaire du sacrum en rabattant latéralement le fragment sectionné. M. Terrier a pratiqué deux fois l'ablation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée.

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de 52 ans présentant un cancer du corps de l'utérus formant une tumeur considérable dans l'abdomen ; en outre, la faible saillie du col rendait l'ablation par la voie vaginale absolument impossible. Dans ces conditions on pratiqua une incision latérale gauche depuis la partie supérieure du sacrum jusqu'en bas. On désinséra les fessiers, on réséqua le coccyx et la partie inférieure du sacrum à partir du 3e trou sacré. On obtint ainsi une ouverture assez large qui permit de saisir l'utérus immobilisé par son volume et par de nombreuses adhérences. La ligature des ligaments larges et la résection des annexes attirées dans la plaie se firent facilement, puis on pratiqua la résection circulaire de la partie supérieure du vagin que l'on tamponna avec de la gaze. Le point difficile de l'opération est, ainsi que les chirurgiens allemands l'ont tous signalés, l'ouverture du péritoine qui est souvent adhérent et difficile à trouver. On fit la suture du péritoine, puis la suture superficielle, après avoir placé un drain profond. L'opération dura 1 heure. Les résultats immédiats furent excellents, mais, au bout de quelques jours, on vit se développer des phlyctènes suivis de sphacèle du lambeau ; la guérison complète en fut un peu retardée, mais actuellement elle est parfaite. La malade a engraissé et on ne trouve qu'une bride allant du vagin à la fesse.

Le second cas a été moins favorable comme résultat. La malade, âgée de 52 ans, présentait une surcharge graisseuse considérable. La partie profonde du vagin était très rétrécie et le col atrophié. Le toucher vaginal faisait prévoir l'envahissement du ligament large droit et par conséquent une intervention plus difficile. On fit une résection beaucoup plus large, mais, par suite de l'infiltration graisseuse, il fut difficile de reconnaître la direction de l'utérus et de faire l'ouverture du péritoine. L'utérus fut cependant attiré au dehors et l'on fit la section circulaire du vagin dégénéré ; les annexes étaient adhérentes aux parois pelviennes et envahies par le néoplasme. On les enleva, mais les suites de l'opération démontrèrent qu'il eût été préférable de les abandonner comme on a d'ailleurs tendance à le faire aujourd'hui dans les suppurations pelviennes. L'opération avait duré deux heures. Il n'y eut pas de réaction et l'état paraissait excellent lorsqu'au 3e jour apparut de la somnolence ; puis le malade tomba dans le coma et mourut le 5e jour. A l'autopsie on constata que l'un des uretères avaient été compris dans la ligature des annexes.

La conclusion que l'on peut tirer de ces deux interventions est que l'opération de Kraske appliquée aux organes pelviens doit être une opération d'exception et non une opération de choix. Elle est indiquée lorsque le vagin est atrésié, que le col est atrophié, qu'il existe des adhérences, surtout à la partie postérieure. L'opération est laborieuse à cause de la difficulté qu'on éprouve à se retrouver dans les tissus, à ouvrir le péritoine et à isoler l'utérus. Dans les conditions spéciales indiquées plus haut, le procédé de Roux, c'est-à-dire la résection temporaire, constitue un bon procédé.

M. Roux (de Lausanne). — L'ablation de l'utérus par la voie sacrée doit être une opération d'exception. Il est bon de faire l'ouverture aussi large que possible, ce qui permet d'éviter la ligature des uretères. Il est aussi préférable de faire la suture incomplète et de ne pas suturer les téguments.

M. Bouilly (de Paris). — *Hystérectomies abdominale et vaginale combinées.* — Chez une femme de 40 ans, on constate l'existence simultanée d'un cancer du col utérin ulcéré et d'un fibrome situé très haut sur l'utérus et atteignant les dimensions d'une tête de fœtus. Les culs-de-sac étaient libres et l'utérus relativement mobile. La présence du fibrome volumineux rendait l'hystérectomie vaginale impossible ; d'autre part, l'hystérectomie abdominale totale était dangereuse en raison de l'ulcération du col utérin, qui aurait pu facilement infecter le péritoine. Dans ces conditions, il ne restait qu'un

seul mode d'intervention, consistant à faire d'abord la laparotomie pour enlever le fibrome, puis à pratiquer ensuite l'extirpation du moignon utérin par la voie vaginale. C'est ce qui fut fait sans grandes difficultés. Les suites furent des plus simples et la malade sortit guérie 25 jours après l'opération. Les accidents auxquels donnent lieu la présence du pédicule, la récidive possible du fibrome sur le moignon, pourraient permettre d'appliquer ce mode d'intervention à tous les fibromes utérins.

M. Moure (de Bordeaux). — *De la thyrotomie dans le cancer du larynx.* — La thyrotomie, comme l'extirpation par les voies naturelles, donne toujours de mauvais résultats dans le traitement du cancer du larynx. Sur trois opérés, deux ont eu une survie de 10 mois et l'un de 3 ans. La thyrotomie ne peut être indiquée qu'au début, et dans ce cas même il est toujours préférable de faire la trachéotomie simultanément.

M. Reclus. — *Traitement des suppurations pelviennes.* — Le mot de pelvi-péritonite suppurée tend à disparaître complètement de la littérature médicale et l'on n'admet plus guère qu'il puisse se produire de suppurations en dehors des lésions des annexes. Et cependant, si l'on se place au point de vue théorique, que l'on accepte l'idée de la propagation des germes septiques par la voie lymphatique ou par la voie des muqueuses, rien ne nous empêche de concevoir une infection à distance, sans lésions des troncs lymphatiques ou de la trompe. Ces infections à distance, sans lésions des voies de transmission, s'observent fréquemment aux membres, au testicule. On conçoit que dans cette hypothèse le traitement des suppurations pelviennes ne saurait être le même dans tous les cas. Voici d'ailleurs quatre faits qui paraissent militer en sa faveur. Ces observations sont d'ailleurs calquées les unes sur les autres ; il s'agit de suppurations pelviennes survenues du 5e au 15e jour après l'accouchement ou à la suite de manœuvres abortives. Les collections purulentes occupaient le cul-de-sac de Douglas et présentaient un volume très considérable, faisant saillie dans le cul-de-sac postérieur du vagin et repoussant l'utérus en avant. La laparotomie fut pratiquée dans ces quatre cas et l'on trouva toujours l'intestin recouvert de pus au voisinage de la collection pelvienne. La trompe dans tous ces cas paraissait saine. La guérison se produisit très facilement et rapidement à la suite de la laparotomie, accompagnée d'évacuation de la collection purulente et de toilette du péritoine. Chez deux de ces quatre opérées, des grossesses ultérieures vinrent démontrer la perméabilité parfaite des trompes utérines. En résumé, de ces faits on peut légitimement conclure que la pelvi-péritonite suppurée existe, qu'il est nécessaire d'en faire le diagnostic avec les autres suppurations pelviennes, puisque dans ces cas le traitement consistera uniquement dans l'évacuation des foyers purulents.

M. Pozzi. — Les preuves de l'intégrité des trompes indiquées par M. Reclus sont insuffisantes. Une trompe peut seule être malade, suppurer, se recourber en donnant au toucher la sensation d'une collection médiane ou bilatérale. Par conséquent, la notion des grossesses ultérieures ne suffit pas à démontrer qu'il n'y avait pas eu une trompe malade. Le diagnostic est d'ailleurs impossible et la notion étiologique, la puerpéralité, ne suffit pas. Il n'est donc pas possible de créer une distinction opératoire.

M. Redard. — *Nouveau moyen d'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle.* — Le chlorure d'éthyle peut rendre de grands services pour l'anesthésie locale. Il est contenu dans de petits flacons en verre dont une des extrémités est effilée. On n'a qu'à briser l'extrémité effilée et à diriger le jet du liquide évaporé sur le point à anesthésier. Le chlorure d'éthyle produit une réfrigération beaucoup moins intense et partant moins dangereuse que le chlorure de méthyle.

M. Levrat (de Lyon). — *De la combinaison de l'ostéotomie tibiale et de l'ostéoclasie du fémur dans le redressement des membres inférieurs rachitiques.* — Lorsque, à la suite de l'ostéotomie tibiale, le redressement du membre rachitique n'est pas parfait, il faut avoir recours à l'ostéoclasie du fémur. M. Levret a traité ainsi 30 cas.

M. Reynier (de Paris). — *Laparatomie dans un cas d'hémorrhagie péritonéale.* — Il s'agit d'une femme de 22 ans dont les règles étaient supprimées depuis deux mois. Elle est prise subitement de phénomènes douloureux dans l'abdomen, de pâleur, et en même temps, il se produit un léger écoulement menstruel. On suppose une hémorrhagie interne. La malade entre à l'hôpital. Le lendemain, la température s'élève à 38°, des vomissements surviennent, le pouls est faible. Le surlendemain, le thermomètre marque 39.4, et, malgré la faiblesse de la malade, on pratique la laparotomie. Il s'écoule de l'abdomen environ 1 litre de sang. A droite, les annexes sont difficilement accessibles, elles paraissent saines. A gauche, au contraire, les annexes disparaissent englobées par des exsudats sanguins. L'opération est achevée rapidement par suite de la faiblesse de la malade. La température était redescendue à 37°, mais le lendemain elle atteint 39, et devant la persistance de cette élévation thermique, on fait quelques jours après une nouvelle laparotomie suivie de la toilette complète du péritoine. La guérison se produisit graduellement et actuellement le rétablissement est complet. Il s'agissait vraisemblablement d'une grossesse extra-utérine.

M. Campenon (de Paris). — *Laparotomie pour obstruction intestinale par calcul biliaire.* — Cette observation présente de grandes analogies avec celle que M. Thiriar a communiquée précédemment. La malade, âgée de 63 ans, sans passé morbide, présente simultanément des douleurs épigastriques, des nausées auxquelles font suite des vomissements peu abondants. Elle ne rend ni selles, ni gaz par l'anus. Il n'y a pas de ballonnement. On pense à un étranglement interne. On fait la laparotomie et l'on constate au commencement de l'iléon une obstruction intestinale due à la présence d'un corps étranger qu'il est impossible de faire cheminer. On incise l'intestin et l'on tombe sur un calcul biliaire en forme de poire de 6 cent. de longueur sur 3 de diamètre. L'intestin est suturé. Les suites immédiates sont excellentes, la malade rend une selle 30 heures après l'opération. Mais le 3e jour une péritonite aiguë se déclare et la mort s'en suit. A l'autopsie, on constate que la suture intestinale était intacte. L'infection doit être attribuée à la rupture post-opératoire de l'adhérence contractée entre le côlon et la vésicule biliaire distendue (1).

M. Segond. — *Kyste séreux développé au-dessus de la face postérieure de la vessie extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale.* — Il présente, en son nom et au nom de M. Thiercelin, l'observation d'un kyste séreux de la vessie. Ce kyste de la grosseur d'une amande siégeait dans l'épaisseur de la paroi musculaire. Il contenait un liquide citrin. Les parois fibreuses ne présentaient aucun revêtement épithélial ou endothélial. La petite tumeur n'avait donné lieu à aucun trouble fonctionnel. C'est le seul cas publié de kyste séreux de la vessie.

M. Montaz (de Grenoble) rapporte un cas d'*anévrysme de la région fessière* siégeant sur l'artère ischiatique. L'injection de perchlorure de fer provoqua la disparition de la poche, mais détermina une gangrène du pied par embolie artérielle. Il est préférable actuellement d'avoir recours à la méthode sanglante à l'incision du sac.

M. Darier (de Paris). — *Traitement chirurgical de la conjonctivite granuleuse.* — Dans les formes graves de conjonctivite granuleuse, lorsque les végétations sont très abondantes, il faut faire le grattage des végétations à l'aide de la curette en ayant soin de renverser complètement les paupières. Il faut recourir à l'anesthésie chloroformique. Les lavages répétés au sublimé sont nécessaires pour assurer la guérison.

M. Berrut (de Paris) communique *diverses observations de guérison définitive de femmes atteintes de rétroversion et de prolapsus utérin*, obtenue à l'aide de pessaire.

M. Doyen (de Reims) a observé *deux cas d'actinomycose de l'homme*; ce sont les deux premiers cas signalés en France. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'une poche développée au voisinage du maxillaire inférieur et dont le contenu liquide et granuleux contenait, à l'examen microscopique, les microorganismes caractéristiques de l'actinomycose. Dans un second cas, la lésion consistait en un abcès siégeant profondément dans l'épaisseur de la musculature de la base de la langue. La guérison rapide succéda à la simple incision de la poche.

M. Lavaux (de Paris). — *Pathologie et traitement préventif*

(1) On pourrait peut-être invoquer une autre cause (M. B.).

de la fièvre urineuse. — La fièvre urineuse reconnaît pour cause une infection dont le point de départ est la vessie enflammée. Il est nécessaire pour le prévenir de faire des lavages répétés de la vessie avec ou sans sonde et en se servant de l'eau boriquée. (*A suivre*). MORAX.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle (avril 1891).

Séance du 2 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

M. LE PILEUR, à l'occasion du procès-verbal, rapporte deux observations qui montrent que dans l'interprétation des faits de *propagation de la syphilis par les instruments*, tels que les canules vaginales, il faut se mettre à l'abri d'une cause d'erreur sur laquelle il n'est pas besoin d'insister et qu'il a pu observer chez les détenues de St-Lazare.

M. RICHARDIÈRE présente le moulage de la main droite d'un homme atteint d'une *hypertrophie congénitale de la main.* Cet homme est atteint depuis sa naissance d'une hypertrophie notable des doigts. Leur diamètre vertical n'est pas augmenté, mais il n'en est pas de même de leur diamètre transversal. Celui-ci est considérablement augmenté pour tous les doigts, sauf pour l'annulaire. La peau elle-même n'est pas altérée : on peut constater de même que les os sont normaux et que l'augmentation de volume provient du tissu sous-cutané. Il s'agit en réalité d'une accumulation de graisse sous la peau, d'un lipome diffus.

M. DU CASTEL fait remarquer les différences qui existent entre ce malade et celui qu'il a présenté à la dernière séance. A premiere vue, les deux mains sont semblables ; une seule main est atteinte : dans les deux cas, les doigts sont coniques ; dans les deux cas, l'affection est congénitale, mais tandis que chez son malade il y a des lésions cutanées et osseuses, dans le cas actuel, rien de semblable. S'il y a conformité d'aspect, il y a différence absolue de fond.

M. MOREL-LAVALLÉE fait une communication sur la *persistance de la perméabilité des voies lymphatiques dans certaines variétés d'adénolymphopathie et sur les lymphangites tuberculeuses.* — Dans la lymphangite tuberculo-gommeuse, le tronc lymphatique peut demeurer perméable, malgré les nodosités gommeuses qui forment autant de tubérosités étagées sur son parcours, de sorte qu'une injection faite dans une de ces nodosités peut passer dans les autres par l'intermédiaire du tronc lymphatique. Il en est de même pour les autres variétés de lymphangites. Il existe, dit M. Morel-Lavallée, une lymphangite segmentaire constituée par une série de dilatations étagées sur le trajet des lymphatiques, sans interposition obligée entre elles d'un cordon dur ininterrompu appréciable. On peut lui donner le nom de lymphangite ampullaire. Les voies lymphatiques peuvent être le siège d'altérations ou inflammations de divers ordres et de nature différente, et conserver cependant tout ou partie de leur perméabilité.

Cette persistance possible, même relative, de la perméabilité des voies lymphatiques altérées, fait comprendre que l'infection de l'économie puisse continuer au moyen des matières virulentes par les lymphatiques déjà malades. Elle peut être utilisée dans un but thérapeutique pour la diffusion d'un agent curateur dans ces mêmes voies lymphatiques altérées. L'auteur rapporte un cas dans lequel des injections de teinture d'iode dans un ganglion cervical amenèrent la guérison d'une adénopathie trachéo-bronchique concomitante, dont ce ganglion cervical hypertrophié était une des manifestations extérieures.

M. JULLIEN fait une communication *sur l'hérédité syphilitique.* Sur 43 ménages syphilitiques qu'il a pu observer, il compte 206 grossesses, qui se terminent de la façon suivante : 36 avortements, 8 enfants mort-nés, 69 morts en bas âge. M. Jullien insiste aussi sur la mortalité énorme des hérédo-syphilitiques.

M. FERRAS fait une communication sur l'*hérédité de la syphilis* et rapporte quelques *observations d'évolution anormale.* Les observations de M. Ferras peuvent se résumer de la façon que voici : Ménage syphilitique de par le père ou de par le père et la mère : naissance d'un ou de plusieurs enfants sains, puis d'un enfant syphilitique, même après un intervalle de temps considérable (onze ans dans un cas) après l'accident initial des parents. La naissance d'un enfant sain n'implique donc nullement que l'énergie du virus syphilitique soit éteinte. A la loi qui veut que les accidents de la syphilis suivent la marche suivante : avortement, puis naissance à terme d'un enfant mort-né, puis naissance d'un enfant qui meurt en bas âge, et enfin naissance d'un enfant atteint de syphilis héréditaire tardive ou restant sain, il faut opposer la loi anormale que voici : naissance d'enfants sains lors des premières grossesses, puis d'enfants syphilitiques dans les grossesses suivantes, enfin d'enfants sains. M. Ferras ajoute une classe d'enfants sains, mais avec arrêt de développement, et une classe d'enfants atteints de manifestations tardives de syphilis.

M. AUGAGNEUR. — Il semble ressortir des deux communications précédentes, que la syphilis paraît pouvoir prédisposer à certaines maladies telles que la tuberculose, la diphtérie. Je ne puis discuter ces faits; l'enquête est ouverte. Mais en ce qui concerne les exceptions à la loi de décroissance de la syphilis établie par M. Diday, je ferai les observations suivantes : Dans l'hérédité charbonneuse, les fœtus ne sont pas atteints régulièrement : l'infection varie suivant que les agents infectieux filtrent ou non à travers le placenta. Or, ce qui est vrai du charbon semble l'être pour la syphilis. La migration intraplacentaire peut ne pas être constante; le transfert de l'agent virulent de la mère à l'enfant peut ne pas se faire, et ainsi s'expliqueraient ces cas d'immunité dont on vient de parler.

M. BARTHÉLEMY. — Les orateurs précédents ont fait remarquer que beaucoup d'enfants hérédo-syphilitiques mouraient d'accidents méningitiques qui simulaient la méningite tuberculeuse, mais qui étaient d'essence syphilitique. Ces accidents syphilitiques méningés sont, en effet, très fréquents ; toutefois la méningite tuberculeuse vraie est loin d'être rare. Il semble même que, chez les syphilitiques héréditaires ou encore chez les syphilitiques acquis, il y ait une sorte de prédisposition à la tuberculose. Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Gaucher, Augagneur, Barthélemy, sur les accidents méningitiques de la syphilis.

M. BURLUREAUX fait une communication *sur le traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections hypodermiques de hautes doses d'huile créosotée.* Il présente deux malades qui étaient atteints d'adénopathie cervicale et chez lesquels la méthode a produit les meilleurs résultats. Les tumeurs ganglionnaires ont disparu sous l'influence de doses énormes de créosote (3 gr. 50 centigr. par jour) injectée sous la peau. Dès les premières injections l'amélioration était visible.

MM. QUINQUAUD et BUTTE font une communication *sur les résultats du traitement de la teigne tondante à l'école des teigneux de Saint-Louis.* Ils insistent sur le raclage du cuir chevelu, raclage superficiel, mais de toute la tête, pour la débarrasser des spores qui s'y trouvent et cela non seulement au niveau de la plaque tricophytique, mais encore dans des parties qui en sont éloignées. Leurs recherches leur ont montré en effet, que, dès qu'un enfant était malade depuis plus d'un mois, on était sûr de trouver des spores de tricophyton sur quelque partie du cuir chevelu que ce fût. Ces spores infiltrent les couches superficielles de l'épiderme, d'où la nécessité d'un raclage général superficiel. Ces raclages ne sont guère d'ailleurs pratiqués plus de trois fois. Les auteurs insistent encore sur la nécessité de faire passer à l'étuve tous les objets qui ont été en contact avec les teigneux, eu égard à la résistance des spores et pour éviter l'auto-contamination. Ils donnent toujours la préférence à la solution parasiticide de bichlorure et de biiodure de mercure. En suivant ce traitement, ils ont pu guérir, en 1889, 124 enfants, en 1890, 150 et, cette année, ils pensent pouvoir en renvoyer 200 définitivement guéris dans leurs familles. Mais la continuité dans le traitement est absolument nécessaire, et la durée moyenne du traitement est alors de deux mois et douze jours. Si, au contraire, l'enfant ne se fait pas traiter régulièrement, la repullulation du champignon se fait avec une rapidité extraordinaire et la durée du traitement est alors de huit mois environ.

M. HALLOPEAU, n'ayant pas été satisfait du raclage, a aban-

donné ce procédé ; il insiste sur les bons résultats que donne l'occlusion. Il emploie l'acide chrysophanique à 15 0/0, ou encore la teinture d'iode et recouvre la tête d'une couche de traumaticine.

M. VIDAL demande si M. Quinquaud a essayé la méthode de M. Unna, de Hambourg, qui n'a pas, entre ses mains, produit de bons effets.

M. QUINQUAUD répond qu'il a employé ce traitement, dont il n'a pas eu à se louer : après trois mois il ne constatait pas de changements dans l'état de ses malades.

M. CRUYL (de Gand) emploie depuis deux ans, avec succès, le traitement indiqué par M. Vidal (teinture d'iode et occlusion par la gutta-percha). Il n'a eu qu'à s'en louer. Il apporte deux observations dans lesquelles deux enfants atteints de la teigne furent radicalement guéris, sans aucun traitement, à la suite d'une variole. La guérison date déjà de trois ans.

(*A suivre*) PAUL RAYMOND.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 *mars* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. A. D'ARSONVAL fait connaître une *méthode pour enregistrer simultanément l'onde électrique d'excitation et la contraction musculaire résultante.*

MM. Simon DUPLAY et Maurice CAZIN présentent une note sur *l'action de l'acide phénique sur les animaux.* En étudiant les effets de la lymphe de Koch sur les animaux, ils ont observé chez certaines espèces et notamment chez les souris, les rats et les cobayes des phénomènes convulsifs analogues à ceux que M. Zucardemaker a décrits chez le chat (voir *Progrès médical*, n° 11, Académie des sciences), à la suite de l'injection d'acide phénique. Il a été facile de s'assurer que ces convulsions reconnaissaient aussi pour cause l'acide phénique que contient la dilution de lymphe de Koch. Au point de vue de la sensibilité à l'acide phénique, la souris est évidemment beaucoup plus sensible que le rat, le cobaye, le lapin et le chien. MORAX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 *mars* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. CHAUVEL lit un rapport, au sujet d'un travail de M. le Dr BROUSSE (de Lyon), sur *un cas d'anévrysme spontané de l'artère thyroïdienne inférieure.* Ces anévrysmes sont des raretés, et leur diagnostic se fait au moyen des phénomènes suivants, à défaut de souffle, de réductibilité et de mouvements d'expansion : 1° la précocité des névralgies qui apparaissent avant toute tumeur ; 2° l'accroissement très rapide et par poussées ; 3° la conservation d'un état général passable ; 4° enfin la facilité avec laquelle une aiguille exploratrice, enfoncée dans la grosseur, y évolue aisément en tous sens. M. Chauvel conteste la valeur absolue de tous ces signes qui peuvent se présenter dans d'autres conditions. Pour lui, ce qui a été pathognomonique c'est que la ponction pratiquée par l'auteur donna issue à du sang rutilant qui se projetait en jets isochrones aux contractions cardiaques, mais cette ponction, que la difficulté du diagnostic justifie, n'est pas exempte d'inconvénients, et a provoqué en quelques heures un accroissement considérable de la tumeur.

M. BUCQUOY lit un rapport à propos d'un travail de M. HACHE (de Beyrouth) sur *trois cas de pleurésie purulente traités par l'incision postérieure de Walther et les lavages.* Deux questions sont soulevées par ce travail : celle de la méthode de pleurotomie et celle des lavages intrapleuraux. M. Bucquoy ne pense pas que le procédé préconisé par M. Walther et par M. Hache soit préférable à l'incision latéro-postérieure en usage ordinairement. Quant aux lavages, il est admis comme règle, ainsi que le confirme M. Hache, de s'en abstenir consécutivement à l'opération, à moins d'indications fournies par la putridité des liquides s'écoulant par la plaie. Pour le lavage immédiatement après l'opération, les faits publiés jusqu'ici ne sont pas plus en sa faveur que contre lui.

M. LE DENTU, qui a été l'instigateur des recherches de M. Walther, dit que peu importe le point de l'incision, pourvu qu'elle soit le plus déclive possible. C'est une règle admise par tous les chirurgiens pour faciliter l'écoulement des abcès après leur ouverture. Pour lui, il pratique une méthode mixte et fait un premier lavage aussitôt après l'opération et s'en tient là, à moins d'aggravation dans l'état général ou d'élévation de la température.

M. CHARPENTIER lit un rapport, à propos d'une observation présentée par M. JEANNEL (de Toulouse), sur *une opération césarienne pratiquée pour un carcinome annulaire du col et du vagin.* Il s'agit d'une multipare enceinte pour la troisième fois, atteinte d'un cancer annulaire du col s'étendant à la cloison recto-vaginale. Les hémorrhagies pendant le cours de la grossesse nécessitèrent deux fois le tamponnement. L'opération ne fut pratiquée que lorsque le travail fut commencé. Les suites furent relativement favorables pour la mère qui mourut de cachexie cancéreuse, sans autre complication, dix-huit jours après. L'enfant succomba trois mois plus tard seulement. Quelle conduite suivre dans des cas semblables ? Si le cancer est limité à une seule des lèvres, l'accouchement peut se faire sans opération ; si les deux lèvres sont prises, l'accouchement peut encore se faire, mais c'est plus rare. Enfin, si le cancer a envahi le col jusqu'à l'orifice interne, l'accouchement spontané est généralement impossible. Tous les efforts doivent tendre à la conservation de l'enfant. Il faut donc rejeter l'avortement provoqué, l'accouchement prématuré, provoqué et recourir franchement à l'opération césarienne avant que la vie de l'enfant soit compromise. On doit la pratiquer soit dans les quelques jours qui précèdent le travail, soit attendre seulement le début du travail.

M. BOECKEL (de Strasbourg) relate *sept observations d'hystérectomie vaginale* pratiquées avec succès, deux fois pour métrite hémorrhagique, deux fois pour un prolapsus complet et invétéré de l'utérus, une fois pour une rétroflexion grave et deux autres fois pour des corps fibreux volumineux du corps de l'utérus.

M. DOYEN rapporte *deux cas d'actinomycose chez l'homme.* Il rapporte en outre 56 observations de castration tubo-ovarienne et utérine, 35 par voie abdominale, avec deux morts, et 21 par voie vaginale avec deux morts.

ÉLECTIONS au titre de *correspondant national* (1re division). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Morvan (de Lannilis) ; 2° M. Bouchard (de Bordeaux) ; 3° MM. Duché (d'Ouanne) et Niepce (d'Allevard); 4° MM. Pilat (de Lille) et Farge (d'Angers). P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 *mars* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de MM. de Thomas, Clin et Thévenot.

M. LAVERAN offre, au nom de M. Barié, « l'étude chimique d'un procédé de panification. »

M. GAUTRELET présente, au nom de M, Lefort, un travail sur « l'amélioration du service d'eau de la ville de Nantes. »

M. CHEVALLEREAU répond à la communication précédente de M. Dehenne.

M. NAPIAS présente, au nom de M. Armengeau (de Bordeaux), un travail sur « l'ophtalmie des nouveau-nés. »

M. NAPIAS a fait des recherches sur les dépenses relatives aux *aveugles* en France. Les aveugles coûtent 1.359.000 fr. par an, sans compter les œuvres privées. Il est donc d'un grand intérêt de chercher à diminuer les cas de cécité.

M. GALEZOWSKI. — D'après mon expérience, l'*ophtalmie des nouveau-nés* n'est pas une affection dangereuse, si elle est soignée convenablement : le plus souvent elle débute par une

conjonctivite légère, deux ou trois jours après la naissance : il faut alors instituer immédiatement un traitement énergique et cautériser l'œil deux fois par jour au nitrate d'argent. Comme la cornée ne se prend jamais avant le 7e ou 8e jour, le traitement fait dès le début sauvera l'œil : il consiste à laver les yeux avec une solution antiseptique, à passer entre les paupières, deux fois par jour, un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent au quarantième, et à laisser couler quelques gouttes d'eau salée.

M. Dehenne donne lecture d'un avis concernant la *prophylaxie de la cécité par ophtalmie des nouveau-nés.* Il existe une maladie grave et très fréquente qui porte le nom d'ophtalmie purulente des nouveau-nés et qui se déclare généralement deux ou trois jours après la naissance de l'enfant.

Cette affection se signale au début par l'apparition d'une sécrétion séro-purulente, puis purulente, entre les paupières, qui ne tardent pas à s'agglutiner. Quelque bénigne qu'elle puisse paraître tout d'abord, l'ophtalmie purulente peut prendre en quelques heures les caractères de la plus haute gravité et amener en quelques jours une cécité irrémédiable.

Pour la prévenir, il faut avant la naissance de l'enfant et dès le début du travail pratiquer des injections vaginales fréquentes avec la solution suivante :

Sublimé	0,50 centig.
Acide tartrique.	1 gramme.
Eau distillée.	1.000 grammes.

Aussitôt la naissance de l'enfant on lave très soigneusement la figure et les yeux avec la même solution, à l'aide de coton hydrophile antiseptique que l'on jettera au feu aussitôt après s'en être servi, puis après avoir écarté doucement les paupières on laissera tomber dans les yeux, à l'aide d'un compte-gouttes, une ou deux gouttes du collyre suivant :

Nitrate d'argent cristallisé. .	0,10 centigr.
Eau distillée.	20 grammes.

Si, malgré ces précautions, l'ophtalmie purulente se déclare, il faut immédiatement avoir recours au traitement suivant : 1° Lavages toutes les deux heures au moins de la face externe et du bord des paupières, à l'aide de coton hydrophile antiseptique, avec la liqueur de van Swieten, de façon à enlever les sécrétions au fur et à mesure de leur formation ; 2° Instillations matin et soir, entre les paupières, à l'aide d'un compte-gouttes, de 4 ou 5 gouttes du collyre suivant :

Sulfate neutre d'ésérine. . . pur et frais.	0,10 centigr.
Eau distillée.	20 grammes.

3° Cautérisations quotidiennes de la face conjonctivale des paupières, que l'on retournera très soigneusement, en prenant bien garde de ne pas blesser la cornée, avec un petit pinceau trempé dans la solution suivante :

Nitrate d'argent cristallisé. .	0,50 centigr.
Eau distillée.	20 grammes.

Aussitôt après la cautérisation on passera sur la surface conjonctivale un pinceau trempé dans une solution saturée de sel marin.

4° Dans le cas où les paupières seraient très gonflées, on appliquerait constamment sur les yeux, jusqu'à cessation de la tuméfaction, du coton hydrophile trempé dans de l'eau glacée.

Des objections sont présentées par MM. Despagnet, Poitou-Duplessy, Chevallereau et Galezowski.

M. Dehenne y répond et demande le renvoi de ses conclusions, soit à une commission spéciale, soit aux pouvoirs compétents. Pour lui, le traitement de l'ophtalmie purulente constitue un bloc d'où l'on ne peut rien détacher. La glace doit être employée dans les cas de tuméfaction des paupières à apparence phlegmoneuse. Elle n'a jamais produit d'accidents entre ses mains. La tuméfaction disparaît en 24, 36 heures au plus ; la cautérisation de la surface conjonctivale devient ainsi très facile, de presque impossible qu'elle était auparavant. Le sulfate neutre d'ésérine est un antiseptique et un antisuppuratif de premier ordre ; c'est un adjuvant très utile qui préserve l'épithélium de la cornée et le régénère rapidement lorsqu'il a été desquamé. Il empêche ainsi l'infiltration purulente de la substance cornéenne et ses conséquences graves. La cautérisation quotidienne de la surface conjonctivale avec la solution de nitrate d'argent au $\frac{1}{40}$ est suffisante. La cautérisation biquotidienne doit être exceptionnelle.

M. le Dr Du Mesnil lit un rapport sur la *suppression des tueries d'animaux.* Cet intéressant travail sera publié prochainement ; nous ne donnerons ici que ses conclusions :

1° La Société de médecine publique est d'avis qu'il y a lieu de poursuivre dans l'intérêt de la santé publique les suppressions des tueries particulières par la création d'abattoirs publics. Les communes auxquelles leur situation particulière ne permettrait pas de construire des abattoirs publics pourront se grouper ou se syndiquer pour la construction ou l'exploitation en commun d'un abattoir public, en se conformant aux prescriptions de la loi sur les syndicats des communes. Cette mesure est indispensable pour assurer l'application de la loi du 21 mars 1881 sur la police sanitaire.

2° La Société est d'avis que la communication de M. le Dr Hallet et le présent rapport seront adressés à M. le Ministre de l'intérieur et transmis au Comité consultatif.

3° Dans les cas où l'article 2 de l'ordonnance du 5 avril 1838 serait considéré par les pouvoirs publics comme un obstacle insurmontable à l'exploitation en commun, il y aurait lieu d'en provoquer la modification.

M. Drouineau lit un travail sur la *déclaration médicale obligatoire des maladies transmissibles.* Martha.

VARIA

Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

Dans la séance du Comité consultatif d'Hygiène de lundi dernier, M. Brouardel a rendu compte des discussions qui ont eu lieu à la Chambre des députés, en ce qui concerne les projets et les propositions de loi relatives à l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Puis le comité a adopté les conclusions favorables des deux rapports relatifs à des *projets d'adduction d'eau présentés par la ville de Givet* (Ardennes) *et de Lagny* (Seine-et-Marne). — M. Brouardel a parlé ensuite d'un ensemble de mesures proposées par la ville de Besançon pour prévenir et combattre les épidémies. Parmi ces mesures figure l'achat d'une étuve à désinfection à vapeur sous pression. — Enfin M. Pouchet a soumis au comité une question posée par M. le directeur du laboratoire municipal, qui désire savoir si l'on peut permettre la coloration des fruits confits au moyen de substances dont l'emploi a été autorisé par une récente décision de M. le préfet de police pour la coloration des bonbons, glaces et liqueurs. Le comité a répondu affirmativement.

Congrès international d'Hygiène et de Démographie de Londres (*Août* 1891).

Le Ministre de l'Intérieur vient d'instituer un comité chargé d'assurer la participation de la France au Congrès international d'Hygiène et de Démographie qui doit tenir sa septième session à Londres, du 10 au 17 août prochain. Ce comité est ainsi composé : Président d'honneur : M. Pasteur. Président : M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris. Vice-présidents : M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur ; M. le Dr Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; M. le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires; M. Chauveau, membre de l'Institut, inspecteur général des services vétérinaires. Secrétaires : M. le Dr Napias, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur : M. le Dr A.-J. Martin, secrétaire du conseil supérieur de l'assistance publique; M. de Valbreuze, chef de bureau au ministère de l'intérieur. Secrétaire adjoint : M. le Dr Louis Vintras, à Londres. — Membres : MM. les Drs Chautemps et Chevandier, députés, et M. Siegfried, député. M. le Dr Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de médecine de Paris. M. le Dr Levraud, président du conseil municipal de Paris. M. P. Strauss, conseiller municipal de Paris. MM. les Drs Léon Colin, Le Reboullet, Nocard, Peter, Rochard, Vallin, membres de l'Académie de médecine. MM. les Prs Grancher, de la Faculté de Paris, Arnould, de la Faculté de Lille, Lacassagne, de la Faculté de Lyon, Layet, de la Faculté de Bordeaux, Poincaré, de la Faculté de Nancy, Henrot, à l'Ecole de Reims. MM. les agrégés G. Ballet, Netter, Gabriel Pouchet, de la Faculté de Paris, et Vaillard, de l'Ecole de médecine militaire de Paris. M. le Dr Laborde, directeur des travaux physiologiques à la Faculté de Paris. M. Bechmann, ingénieur en chef des ponts et chaussées, directeur du ser-

vice de l'assainissement de la ville de Paris. M. le Dr Bérenger-Féraud, président du conseil supérieur de santé de la marine. M. le Dr Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris. M. Bouffet, directeur de l'administration départementale au ministère de l'intérieur. M. le Dr Drouineau, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur. M. Ch. Girard, directeur du laboratoire municipal de la ville de Paris. M. Ch. Herscher, vice-président de la Société des ingénieurs civils. M. le Dr Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique de la ville de Paris. M. Trélat (Emile), professeur au Conservatoire national des arts et métiers, directeur de l'Ecole d'architecture. MM. les Drs Bourneville, Chevallereau, de Ranse, Thoinot, de Paris ; Pamard, d'Avignon ; Gibert, du Havre; du Mesnil, de l'asile de Vincennes, et Vintras, médecin de l'hôpital français de Londres.

Institut Pasteur.

L'assemblée générale de l'Institut Pasteur a eu lieu cette semaine. Le secrétaire, M. le Pr Grancher, a fait connaître la situation financière de la société et donné lecture des rapports scientifiques des différents chefs de service. Au point de vue de la rage, les résultats obtenus ne peuvent plus être contestés. Pendant l'année 1890, 1,546 personnes mordues ont été traitées: sur ce nombre 10 seulement sont mortes, dont 6 dans les quinze jours qui ont suivi le traitement et 4 après ces quinze jours. Or, on ne doit compter comme ayant succombé, malgré le traitement, que ces quatre dernières, car, pour que le traitement ait toute son efficacité, il faut qu'il soit achevé depuis trois semaines avant les premiers symptômes de la rage. La mortalité n'a donc été que de 0.26 0/0. En dehors de la rage, les professeurs de l'institut Pasteur se livrent à des recherches microbiologiques sur les autres maladies infectieuses. L'établissement a désormais acquis dans le monde une grande réputation ; on y vient de tous les pays pour s'initier à ses méthodes. A l'heure qu'il est, *quatre-vingts savants français et étrangers* suivent ses cours. Il serait facile d'accroître ces résultats scientifiques et humanitaires, si les ressources de l'institut étaient augmentées; malheureusement celles-ci avec les subventions du gouvernement sont actuellement à peine suffisantes.

Les femmes-pharmaciennes en Russie.

Le 8 mars dernier ont commencé à l'hôpital d'Alexandre, à Saint-Pétersbourg, des cours spéciaux pour les femmes-pharmaciennes. Pour avoir le droit de suivre ces cours on exige le diplôme d'un lycée de l'Etat et la connaissance élémentaire de la langue latine. Les fonds pour l'organisation des cours ont été fournis par deux personnes qui désirent rester inconnues. Les cours ne sont faits que par les professeurs de l'Académie médico-militaire. J. R.

Les femmes pharmaciennes et la loi sur l'exercice de la pharmacie.

A l'une des dernières séances de la Chambre des Députés (fin mars), la Chambre a refusé l'urgence sur les projets relatifs à l'exercice de la pharmacie. Sur l'article 1er, M. Bourgeois (Vendée) a demandé s'il était bien entendu *que les femmes pourraient être pharmaciennes*. M. César Duval, rapporteur, répond affirmativement. La Chambre a repoussé un amendement de M. Froin tendant à obliger le pharmacien à exercer personnellement sa profession. M. B.

Association française pour l'avancement des Sciences.

(Congrès de Marseille, 1891).

Questions mises à l'avance à l'ordre du jour des Sections.

Le Conseil d'administration a décidé que, tout en réservant à chacun des membres participant au Congrès le droit de présenter des travaux sur des questions de son choix, il pourrait être mis à l'ordre du jour de chaque section un sujet déterminé : un rapport sommaire ou exposé préliminaire pourra accompagner le titre de la question. Voici, pour le Congrès de Marseille (17-24 septembre 1891), les questions qui ont été adoptées jusqu'à présent : 9e Section : Botanique : *Quels sont les meilleurs modes d'installation pour les différentes sortes de collections botaniques, au double point de vue de la conservation des échantillons et de la facilité des études.* — 11e Section : Anthropologie : *Quelle est la valeur des objets d'industrie humaine, comme élément de classification des terrains quaternaires et des époques préhistoriques.* — 12e Section : Sciences médicales : *Le traitement de la tuberculose.* — 17e Section : Hygiène : *Hygiène des établissements de l'industrie chimique.* Les rapports sommaires ou exposés préliminaires seront adressés aux membres de l'Association au fur et à mesure de leur publication.

Voici la liste des *Présidents de Sections* (Sciences médicales), pour le future Congrès de Marseille : 12e Section (Sciences médicales). *Président :* M. le Dr CHAPPLAIN, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de plein exercice de Marseille. — 17e Section (Hygiène et Médecine publique). *Président :* M. le Dr NAPIAS, Inspecteur général des Services administratifs au Ministère de l'Intérieur.

Faculté de médecine de Paris.

Inscriptions. — (3e Trimestre de l'année scolaire 1890-1891.)

Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 8 avril. Il sera clos le jeudi 30 avril, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures : 1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 avril. 2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et de quatrième années d'officiat, les mercredi 22; jeudi 23, vendredi 24. samedi 25, mercredi 29 et jeudi 30 avril. MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle,

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2r trimestre 1890-1891. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur: Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Société de Médecine d'Anvers.

Concours de 1891. — *Prix.* — Cette Société de médecine organise, pour l'année 1891, un concours portant sur les questions suivantes : 1° Préciser les conditions de la laparotomie dans la dystocie ; 2° Exposer le traitement médical et chirurgical de la lithiase biliaire, avec résultats statistiques ; 3° Traitement des plaies perforantes de l'abdomen. Le prix, pour chacune de ces questions, consistera en une médaille d'or (de la valeur de 100 fr.), une médaille d'argent ou une mention honorable, le titre de membre correspondant, la publication du mémoire dans les annales de la Société. Les mémoires devront être envoyés au secrétariat, avenue des Arts, 52, dans les formes académiques habituelles, avant le 1er juin 1891, et seront accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur et la devise de son travail.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 6. — Dissection : MM. Farabeuf, Terrillon, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Jalaguier, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Tillaux, Ribemont-Dessaignes, Ricard.— (2e *Série*) : MM. Pinard, Kirmisson, Segond. — 4e *de Doctorat :* MM. Hayem, Robin, Chauffard.

MARDI 7.— Dissection : MM. Farabeuf, Remy, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Campenon, Brum. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Humbert, Quenu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — (2e partie) : MM. Ball, Dieulafoy, Hanot.

MERCREDI 8. — Dissection : MM. Farabeuf, Kirmisson, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Terrillon, Segond, Poirier. — (2e *Série*) : MM. Straus, Marc Sée, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Déjerine, Letulle.

JEUDI 9. — Médecine opératoire : Le Fort, Nélaton, Poirier. 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Polaillon, Maygrier. — (2e partie) (1re *Série*): MM. G. Sée, Quinquaud, Netter. — (2e *Série*) . MM. Bouchard, Cornil, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Ball, Chantemesse.

VENDREDI 10. — Dissection : MM. Farabeuf, Retterer, Poirier. 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 3e *de Doctorat*, (2e partie) : MM. Grancher, Déjerine, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Marc Sée, Tuffier. — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Brissaud.

SAMEDI 11. — Dissection : MM. Farabeuf, Polaillon, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Cornil, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Tarnier, Brun, Nélaton. — (2e partie) : MM. Bouchard, Chantemesse, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 8. — M. Do Amaral. Contribution à l'étude du rhumatisme blennorrhagique. Arthropathies graves avec amyotrophies. Nature, diagnostic, pronostic et traitement. — M. Bellanger. Traitement du spina bifida.

JEUDI 9. — M. Huc. Maladies du cœur et névroses. — M. Ehrhardt. Des hémorrhagies gastro-intestinales profuses dans la cirrhose et dans diverses maladies du foie. — M. Camuzet. L'hystérie d'origine hérédo-alcoolique.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE, 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Thérapeutique oculaire. — M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

2e *Cours de gynécologie opératoire* (*Policlinique de Paris*). — MM. VULLIET, LUTAUD et Ad. OLIVIER, le mardi, à 2 heures de l'après-midi.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD, le lundi et vendredi, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine.

Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON commencera le mardi à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruvelhier) un cours libre de psychologie physiologique et pathologique et le continuera les mardis et samedis à la même heure. Il étudiera spécialement *les applications cliniques de l'hypnotisme.*

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 mars 1891 au samedi 28 mars 1891, les naissances ont été au nombre de 1242 se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 446 ; illégitimes, 185, Total, 631. — *Sexe féminin :* légitimes, 460 ; illégitimes, 151, Total, 611.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 mars 1891 au samedl 28 mars 1891, les décès ont été au nombre de 1218 savoir : 621 hommes et 597 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 0, F. 7, T. 7. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 21, F. 16, T. 37. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 7, T. 12. — Diphtérie, Croup : M. 18, F. 22, T. 40. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 143, F. 95, T. 238 — Autres tuberculoses : M. 22, F. 12, T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 6, T. 7. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 33, T. 46. — Ménlngite slmple : M. 18, F. 20. T. 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 26, T. 52. — Paralysie : M. 7, F. 7, T. 14. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 3, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 36, F. 37, T. 73. — Bronchite aiguë : M. 22, F. 15, T. 37. — Bronchite chronique : M. 28, F. 37, T. 65. — Broncho-Pneumonle : M. 23, F. 29, T. 52 — Pneumonle : M. 45, F. 41, T. 86. — Gastro-entérite, biberon, M. 23, F. 15, T. 38. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2 T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 8, T. 8 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale : M. 14, F. 13, T. 27. — Sénilité : M. 9, F. 27, T. 36. — Suicides : M. 12, F. 7, T. 19. — Autres morts vlolentes : M. 8, F. 1, T. 9. — Autres causes de mort : M. 109, F. 95, T. 204. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 9, T. 14.

***Mort-nés et morts avant leur inscription* : 78, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 9. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 24, illégitimes, 15. Total : 39.**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Conférences de Pathologie Interne.* — M. MARIE, professeur agrégé, commencera ces conférences le lundi 6 avril 1891, à 3 heures (Petit Amphithéâtre). Il traitera cette année d'un sujet très intéressant et à l'ordre du jour : *Les maladies de la moelle épinière.*

Règlement relatif au stage obstétrical et aux épreuves du cinquième examen de doctorat (approuvé par M. le Ministre de l'Instruction publique le 12 mars 1891). — *Art.* 1er. Après la 16e inscription, chaque Etudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. La durée de ce stage est de *un mois*, pendant lequel l'Etudiant est obligé de pratiquer lui-même au moins deux accouchements. Les Etudiants qui auront été *Internes* dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés de ce stage ; ils produiront, à cet effet, un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux. — *Article* 2. La première partie du cinquième examen de Doctorat se compose : 1° D'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté ; 2° D'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté. Chacune de ces épreuves est éliminatoire : le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès. Les séries des épreuves de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale comprennent six candidats. Pour être admis à la deuxième de ces épreuves, le candidat justifiera de l'accomplissement du stage hospitalier établi à l'article premier, et produira, à cet effet, un certificat signé d'un des professeurs de clinique obstétricale. — *Article* 3. Ces dispositions seront applicables à partir du 6 avril 1891, en ce qui concerne le stage obstétrical, et à partir du 1er juin suivant, en ce qui concerne le 5e examen de doctorat. — *Dispositions relatives à l'application du présent règlement* : 1° Les élèves pourvus de seize inscriptions seront admis à se faire inscrire, en vue du stage obstétrical, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) tous les jours, de midi à 3 heures. Ils seront ensuite convoqués par lettre spéciale. Chaque série comprendra 24 élèves à la clinique d'accouchements de la rue d'Assas, et 30 à la clinique Baudelocque, boulevard de Port-Royal, 125 ; 2° Ces élèves assisteront à la visite pendant un mois. Ils devront, trois fois par semaine, par séries de garde, séjourner à la clinique, de 9 heures du matin à 10 heures du soir ; 3° L'appel nominal sera fait tous les matins dans chaque service, à 9 heures, par le professeur ou par le chef de clinique ; 4° Les stagiaires de garde ne pourront s'absenter dans la journée sans une autorisation spéciale du professeur ou du chef de clinique ; mais à l'heure du repas, ces élèves auront droit à une sortie d'une heure pour le déjeuner et de une heure pour le dîner ; 5° Les internes des hôpitaux seront admis à faire leur stage à la clinique Baudelocque de 10 heures du soir à 8 heures du matin. En s'inscrivant au secrétariat de la Faculté, ils devront faire connaître leurs intentions à ce sujet ; 6° Les élèves sages-femmes étant de garde à la clinique d'accouchements (rue d'Assas) de 10 heures du soir à 8 heures du matin, les Etudiants n'y seront pas admis pendant ce temps.

Travaux pratiques d'Histologie. — 1° *Étudiants de 2e année.* — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été, obligatoires pour les élèves docteurs de 2e année, commenceront le mardi 7 avril 1891, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de 2 h. 1/4 à 4 heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine). MM. les étudiants de 2e année, qui ont pris la 6e inscription en janvier 1891, seront convoqués individuellement par lettre spéciale. — 2° *Etudiants de 3e année* : Les travaux pratiques d'histologie sont facultatifs pour les élèves de 3e année. Le laboratoire sera ouvert, à partir du 10 mars 1891, les mardi, jeudi, samedi de 4 à 6 heures de l'après-midi, aux élèves de 3e année qui désireraient examiner des préparations histologiques en vue du 2e examen (1re partie) du doctorat. Ces étudiants devront, au préalable, se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2) jusqu'au 4 mars inclusivement, et présenter la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à la 10e inscription prise en janvier 1891 ; ils seront convoqués par lettre spéciale.

Concours pour le Prosectorat. — Un concours pour deux places de Prosecteur s'ouvrira le lundi 25 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de Médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 13 avril au mercredi 13 mai 1891 inclusivement. Les Prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1891 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1895.

Concours pour l'Adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves-docteurs de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 2 mai 1891 inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1891 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1894.

Clinique médicale. — M. le Dr POTAIN reprendra ses leçons de clinique, le mardi 7 avril (hôpital de la Charité).

Cours complémentaire d'Accouchements. — M. BAR, agrégé, commencera le cours complémentaire d'Accouchements le mardi 7 avril 1891, à 4 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Conférences d'Histologie. — M. RETTERER, agrégé, commencera les conférences d'Histologie le lundi 6 avril 1091, à 5 heures (Grand Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences de Chimie médicale. — M. FAUCONNIER, agrégé, commencera ces conférences le lundi 6 avril 1891, à une heure et demie de l'après-midi (Grand-Amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de Thérapeutique et Matière médicale. — M. le Pr Hayem commencera le Cours de Thérapeutique et Matière médicale le mercredi 8 avril 1891, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Cours de Pathologie et Thérapeutique générales. — M. le Pr Bouchard commencera le cours de Pathologie et Thérapeutique générales le mardi 7 avril 1881, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours complémentaire de Pathologie chirurgicale. — M. Campenon, agrégé, chargé du Cours, commencera le Cours complémentaire de Pathologie chirurgicale le lundi 6 avril 1891 à 3 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Cours de Pathologie interne. — Le Pr Debove commencera le Cours de Pathologie interne le mardi 7 avril 1891, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours d'Hygiène. — M. le Pr Proust commencera le Cours d'Hygiène le mardi 7 avril 1891, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Cours d'Anatomie pathologique. — M. le Pr Cornil commencera le Cours d'Anatomie pathologique le vendredi 10 avril 1891, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'Anatomie pathologique (2e étage).

Faculté des sciences de Lyon. — Un congé d'inactivité, sans traitement, pendant l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande, à M. Chavanon, préparateur à la Faculté des sciences de Lyon.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Ferré, agrégé près la dite Faculté, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de médecine expérimentale à la dite Faculté.

Faculté de Lille. — M. Curtis, docteur en médecine, est nommé chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique et histologie, à la dite Faculté en remplacement de M. Legay, démissionnaire. — M. Surmont, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, à partir du 1er avril 1891, chef de clinique médicale à la dite Faculté, en remplacement de M. Curtis, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole pratique des hautes études. — *Cours de Tératologie.* — M. le Dr Dareste commencera le cours de tératologie le mardi 22 avril, à 4 heures, et le continuera les mardi et samedi suivants à la même heure.

École de médecine d'Alger. — Par arrêté du Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 1er avril 1891, un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 9 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

École vétérinaire de Toulouse. — Un concours sera ouvert le 6 juillet 1891, à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour la nomination d'un professeur titulaire de la chaire de pathologie des maladies contagieuses, police sanitaire, législations commerciale et médicale, vacante à cette Ecole. Les candidats doivent adresser leur demande au ministre de l'agriculture, vingt jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture du concours. Le programme de ce concours se distribue à Paris, au ministère de l'agriculture, direction de l'agriculture, bureau des Ecoles et services vétérinaires et dans les trois Ecoles vétérinaires d'Alfort, de Lyon et de Toulouse.

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central de Chirurgie.* — La question écrite posée le 21 mars a été : *Périnée ; abcès urineux.* La lecture des copies commencera le mercredi 8 avril à 4 heures du soir à la Charité. — Les questions restées dans l'urne étaient : *Articulation du genou, plaies articulaires. Voile du palais, abcès rétro-pharingiens.* Le nombre des candidats primitivement de 18, est réduit à 16.

Hôpital Necker. — *Salle d'opérations.* — Le Conseil municipal a autorisé, dans la limite d'une dépense de 4,086 francs, l'installation, à Necker, d'une salle d'opérations pour les cas urgents.

Asiles d'aliénés. — *Internat.* (Poste vacant). — Une place d'Interne en médecine est vacante à l'Asile des Aliénés de Beauregard, près Bourges (Cher). Les internes, nommés, pour trois ans, par le Préfet, sont logés, nourris, chauffés, éclairés, et touchent un traitement de 600 francs qui peut être porté ultérieurement à 700 et 800 fr. Les candidats, pourvus d'au moins douze inscriptions, sont priés d'adresser leur demande accompagnée de leur âge et de l'exposé de leurs titres à M. le Dr E. Chambard, médecin directeur de l'établissement.

Académie des Sciences. — La commission de l'Académie des sciences pour le *Prix Montyon* (médecine et chirurgie) à décerner en 1891, est composée de MM. Bouchard, Marey, Verneuil, Richet, Charcot, Brown-Séquard, Larrey, Sappey, Ranvier. — Les membres de la commission du *Prix Godard* sont : MM. Bouchard, Verneuil, Brown-Séquard, Richet et Charcot.

Conseil d'hygiène de la Seine. — M. le Dr Aug. Ollivier, dans la dernière séance du Conseil d'Hygiène de la Seine, a donné lecture du rapport qu'il a rédigé à la suite d'une enquête faite par lui sur une *épidémie de diphtérie* qui s'est déclarée, le 8 février dernier, parmi les pupilles d'un orphelinat du cinquième arrondissement de Paris. L'établissement lui a paru bien tenu sous tous les rapports. Sur son conseil, les sœurs qui le dirigent ont rendu une partie des enfants bien portants aux familles pouvant s'en charger. Les autres ont été transportées dans une succursale de l'orphelinat située dans la banlieue. — Le Conseil d'Hygiène de la Seine, continuant la série des *instructions préventives contre les maladies contagieuses*, a adopté ensuite le texte de trois instructions nouvelles, relatives l'une à la rougeole, l'autre à la coqueluche, l'autre à la scarlatine. Le conseil engage vivement les familles à désinfecter ou à faire désinfecter, non seulement les vêtements du malade, mais aussi la chambre dans laquelle il a été soigné. Pour la désinfection des locaux et celle des objets ayant été en contact avec le malade, l'instruction renferme des prescriptions analogues aux prescriptions relatives à la fièvre typhoïde, à la variole et à la diphtérie.

Congrès des Sociétés savantes. — Le Congrès des sociétés savantes s'ouvrira le 19 mai prochain. Le ministre de l'instruction publique vient de désigner le vice-amiral Jurien de la Gravière, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences, pour présider la séance d'ouverture du congrès. Suivant l'ordre de leurs travaux, les délégués des sociétés savantes formeront des réunions distinctes. Le bureau est constitué pour la section des sciences de la façon suivante : MM. Berthelot, président ; Mascart, Alph.-Milne Edwards, Darboux et Le Roy de Méricourt, vice-présidents ; Angot et Vaillant, secrétaires.

Condamnation d'un dentiste. — Voici, dit le *Républicain du Loiret* (28 mars), le texte du jugement condamnant le dentiste Tourrier à 500 francs d'amende :

« Attendu que Tourrier s'est livré à Tours comme dans ses résidences antérieures à un charlatanisme ronflant et à une réclame éhontée ; — Attendu qu'il a fait emploi pour capter la confiance publique de diplômes mensongers, où il s'intitulait dentiste américain, alors qu'en réalité il est originaire de la Nièvre, né de parents français ; attendu qu'il résulte des faits que notamment son diplôme de chirurgie dentaire de l'académie de Wisconsin a été acheté à prix d'argent chez un industriel qui faisait ce commerce ; mais, attendu que les deux premiers faits ne tombent pas sous le coup de la loi, quelque répréhensibles qu'ils soient ; et que le seul fait constitutif du délit d'escroquerie est celui de la fille Guétrot, le tribunal condamne Tourrier à 500 francs d'amende, aux dépens et aux frais. »

Distinctions honorifiques. — *Légion d'Honneur.* — MM. le Dr Labbé, chirurgien, membre de l'Académie de médecine, et le Dr Peter, membre de l'Académie de médecine, viennent d'être promus au grade de Commandeur de la Légion d'honneur.

Épidémie de fièvre typhoïde. — On écrit de Brest que l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi parmi les troupes de la marine est complètement enrayée. Le casernement a été assaini, et, par mesure de précaution, on y a mis en place des stérilisateurs d'eau dont l'usage est recommandé par le service de santé.

Fêtes Universitaires de Lausanne. — Le Conseil général des Facultés, dans la réunion qu'il a tenue récemment, a décidé d'accepter l'invitation qui lui avait été adressée par M. le recteur de l'Académie de Lausanne d'assister aux fêtes universitaires des 18, 19 et 20 mai prochain. Ces fêtes auront lieu à l'occasion de la transformation de l'Académie de Lausanne en Université. Parmi les délégués du conseil des Facultés qui s'y rendront, on cite MM. Brouardel, Lannelongue, Planchon, etc. (*Méd. mod.*).

Institut de France. — Est approuvée l'élection faite par l'Académie des beaux-arts de M. Alphand pour remplir la place d'académicien libre, devenue vacante par suite du décès de M. le baron Haussmann.

INFLUENZA A CHICAGO. — L'épidémie de grippe continue à sévir à Chicago, le 30 mars on a compté 300 décès. Les rues menant aux divers cimetières étaient pleines de convois toute la journée. Le 30 mars, 600 cadavres attendaient l'inhumation.

LA NOUVELLE LOI MILITAIRE ET L'INTERNAT DES HÔPITAUX. — A l'une des dernières séances du Conseil municipal de Paris, M. Navarre a signalé à M. le directeur de l'Assistance publique la *situation faite par la nouvelle loi militaire aux étudiants en médecine et en pharmacie candidats à l'internat des hôpitaux.* D'après cette loi, on le sait, les étudiants qui ne seront pas reçus internes des hôpitaux ou docteurs en médecine avant leur 26e année seront obligés de faire encore deux années de services. Leurs études se trouvent interrompues pendant une année entière; en outre, ils ne peuvent se présenter à l'internat que jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans. Les étudiants étrangers n'étant soumis à aucune de ces obligations, il en résulte, pour les étudiants français, des conditions d'infériorité auxquelles il est urgent de porter remède. M. Navarre ayant demandé quelles mesures l'administration comptait prendre pour égaliser les conditions de ce concours, M. le directeur de l'Assistance publique, après avoir fait observer que les effets de la loi militaire ne commenceront à se manifester que l'année prochaine, a déclaré que l'administration recherchera, d'accord avec le conseil, les moyens d'établir l'égalité entre les étudiants français et les étudiants étrangers.

Il y a bien longtemps que nous avons insisté dans le *Progrès Médical* sur les inconvénients de la nouvelle loi à ce point de vue. On n'en a pas moins tenu aucun compte de nos remarques appuyées, cependant, par toute la presse médicale.

LA TUBERCULINE EN RUSSIE. — Le conseil médical du ministère de l'intérieur à Saint-Pétersbourg a résolu d'interdire prochainement, comme étant un procédé dangereux, l'emploi de la lymphe de Koch pour le traitement de la phtisie et du lupus, aussi bien dans les hôpitaux que par les médecins indépendants.

MISSIONS SCIENTIFIQUES.— M. H. DOULIOT, docteur ès sciences, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle, est chargé d'une mission d'exploration à Madagascar. M. Louis Trillat est adjoint à la mission de M. H. Douliot dans l'île de Madagascar.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE. — Le bureau de cette nouvelle Société est ainsi composé : Président, M. Tripier; vice-présidents, MM. Gariel et d'Arsonval ; secrétaire général M. G. Gauthier; secrétaire général adjoint, M. D. Labbé; secrétaires des séances, MM. Larat et Lamarque; archiviste, M. Descourtis; trésorier, M. Jourlani.

UNE JEUNE FILLE QUI GAZOUILLE. — Une dame, écrivant au *British medical journal,* dit qu'elle a entendu dernièrement une fille de 14 ans « siffler, » comme les gens de sa maison appelaient cela ; mais c'était réellement un gazouillement, car elle conservait la bouche légèrement ouverte, et l'on ne voyait qu'un simple tremblement des lèvres, les notes se faisant dans le gosier, qui s'agitait à la façon des oiseaux lorsqu'ils chantent. Les sons émis ressemblaient exactement à ceux que produisent les merles et les grives. Elle gazouillait plusieurs airs accompagnés au piano, très justes et magnifiquement modulés ; les notes étaient si puissantes que sa grand'mère, qui était très sourde, les percevait toutes, sans le moindre effort, et cela d'une chambre voisine où elle se tenait. Il y avait des notes qui assourdissaient, quand elle les poussait, arrivée aux *forte.* Elle s'était apprise d'elle-même en sifflant son chien, et, assise sur sa fenêtre, en gazouillant des airs aux oiseaux. (*Medical Record*, 1890, p. 561).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Henri COLLIN (d'Etampes). Tout jeune encore, Henri Collin avait conquis dans le monde médical de cette ville une place honorable et un avenir brillant lui était réservé. C'était un esprit élevé, un cœur généreux, un médecin dévoué à ses malades. — M. le Dr BOMON (de Pesmes). — M. le Dr DILIGAME (d'Arques). — M. le Dr PIGGIS (de Brioude). — M. le Dr POUPON (de Paris). — M. le Dr BÉCHADE (d'Angoulême) — M. le Dr CHALVET (de Cat). — M. le Dr CLIN (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris. — M. le Dr VIGNOLO (de Paris). — M. le Dr VOISARD (de Vesoul). — M. le Dr JOHNSON (de Chicago). — On annonce la mort à Strasbourg de M. le Dr Frédéric-Eugène RUHLMANN. M. Ruhlmann était médecin cantonal, médecin des caisses de secours locales, médecin du corps des sapeurs-pompiers et de la Société des tramways. — M. le Dr Marie-Joseph-Alphonse THÉVENOT, décédé Villa Laurenti-Garavan, à Menton (Alpes-Maritimes), le 21 mars 1891, à l'âge de 52 ans. — M. le Dr GARCIN (Paris), collab. du *Moniteur médical*, un des vulgarisateurs français du traitement de la tuberculose par les inhalations d'acide fluorhydrique. — M. le Dr BOURGUET, membre associé national de l'Académie de médecine, décédé à Aix (Bouches-du-Rhône), à l'âge de soixante-quatorze ans. M. Bourguet, qui pendant de longues années avait été chirurgien en chef des hospices de cette ville, laisse de nombreux travaux souvent récompensés par l'Académie de médecine.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD continuera ses leçons de clinique médicale à l'hôpital Saint-Louis (salle Cazenave) tous les mercredis, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures.— M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie.* M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures,

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale* : M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* : M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN, visite des malades à 9 heures. — Mercredi : Conférence de chimie pathologique au laboratoire. — Jeudi : Leçon clinique. — Samedi : Examen des entrants.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Conférences de clinique infantile.* M. le Dr SEVESTRE commencera ses conférences le jeudi 16 avril et les continuera les jeudis suivants à la même heure. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredis et samedis à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 15. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 11 AVRIL 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE MENTALE

Asile Clinique (Sainte-Anne). — **M. MAGNAN.**

Considérations médico-légales. Traitement ;

(*Fin*).

Leçons recueillies et publiées par MM. les Drs **JOURNIAC** et **SÉRIEUX**, médecins adjoints des Asiles d'aliénés (1).

DOUZIÈME LEÇON.

SOMMAIRE. — Importance de l'étude des délirants chroniques et des persécutés-persécuteurs au point de vue médico-légal. Les délirants chroniques, malgré leurs réticences et leur lucidité, soulèvent rarement de sérieuses difficultés. Leur actes violents sont tantôt la conséquence de leurs idées de persécution, tantôt ils dépendent d'une hallucination. Irresponsabilité absolue de ces malades. Les persécutés-persécuteurs. Leur activité intellectuelle, leur lucidité, leur logique, l'absence d'hallucinations peuvent en imposer. Difficultés des expertises médico-légales les concernant. Nécessité d'une étude biopathologique entière des malades.

Observation XXXI. — Exemple d'un persécuteur homicide, intelligent, dressant une liste de coupables, qu'il condamne à des peines différentes. Il laisse le choix de la victime aux hasards d'une loterie. Accès maniaque passager.

Observation XXXII. — Persécuté-persécuteur. Tentative de meurtre.

Traitement. Séquestration. Règles hygiéniques.

Nous avons longuement insisté dans nos précédentes leçons sur les modes divers de réaction des différents malades que nous avons examinés ; nous avons vu de quelle fréquence étaient les actes violents par lesquels les délirants chroniques essayaient de mettre fin à leurs tourments imaginaires et combien ces manifestations agressives étaient, pour ainsi dire, fatales, quand les troubles sensoriels, par leur continuité, leur extension, rendaient intolérable la vie de ces malades. Nous avons fait remarquer la marche progressive de ces réactions, le sujet, d'abord passif, cherchant à fuir ses ennemis, puis se défendant, se plaignant à tous ceux qu'il croit devoir le protéger (magistrats, députés, préfet de police), enfin lassé de voir ses démarches inutiles et l'audace de ses ennemis s'en accroître d'autant, s'armant, décidé à en finir.

« Je ne connais pas, dit Tardieu, de fous plus abominablement dangereux que les hallucinés, qui répondent par un coup de couteau à une insulte imaginaire ou qui, de loin, déchargent une arme à feu sur un groupe où ils croient que l'on parle d'eux en termes outrageants. »

Nous avons donné également des exemples de l'aveugle obstination avec laquelle les persécutés-persécuteurs, tourmentés sans relâche par l'idée obsédante d'un déni de justice, d'un préjudice causé, poursuivent ceux dont ils croient avoir à se plaindre. Tout entiers à leur vengeance, insensibles à toute autre considération, ils entreprennent une campagne acharnée : injures, écrits et affiches diffamatoires, dénonciations à la presse, menaces, actes violents, tentatives d'homicide, ils ne reculent devant aucun moyen pour satisfaire leur haine. Leurs échecs répétés, loin de les décourager, sont pour eux autant d'iniquités nouvelles qui ne font que les confirmer dans leur délire, autant de stimulants qui viennent aiguillonner leur activité maladive.

Tous ces malades, délirants chroniques, persécutés-persécuteurs, commettent donc très fréquemment des actes délictueux ou criminels qui nécessitent des expertises médico-légales destinées à mettre en lumière le caractère pathologique de l'acte incriminé et des mobiles qui ont poussé l'inculpé. Pour les uns, les délirants chroniques, il s'agit de montrer les rapports étroits du délit ou du crime avec un délire de longue durée, à troubles sensoriels prédominants ; pour les autres, les perécutés-persécuteurs, il faut reconstituer toute l'existence et faire voir dans leurs actes les réactions pathologiques d'un cerveau profondément déséquilibré. De ces démonstrations se déduit, d'une façon légitime, l'irresponsabilité complète de tous ces sujets.

Cette tâche est loin d'être toujours facile, surtout quand il s'agit de persécutés-persécuteurs. Quant aux délirants chroniques, nous savons qu'ils peuvent longtemps conserver l'intégrité de leurs facultés syllogistiques ; nous avons vu avec quelles apparences de raison ils savent plaider pour leurs conceptions délirantes et quel degré de lucidité ils conservent malgré la persistance de troubles sensoriels parfois très actifs. Le soin avec lequel ils cachent souvent des idées délirantes depuis longtemps systématisées, leurs réticences quand il s'agit de dissimuler l'existence de leurs sensations maladives qui, ils le savent, seront interprétées comme des signes de folie, font que les malades, lorsqu'ils ont commis des actes violents, une tentative d'homicide, peuvent paraître, même aux yeux de ceux qui les entourent, non délirants et par suite responsables.

Ce sont ces délires que l'on désignait, il n'y a pas bien longtemps, sous le nom de délire partiel. « Les facultés, dit Tardieu, manifestement lésées sur un point, semblent conserver sur tous les autres une intégrité presque complète. C'est pour les fous de cette espèce, dit-il ailleurs, que l'expert rencontre malheureusement le plus de peine à faire prévaloir les données les plus positives de la science ; c'est parmi eux que l'on compte ces exemples déplorables d'erreurs judiciaires qui ont conduit de pauvres malades jusqu'à l'échafaud. »

Cependant, en dépit de leur dissimulation, le médecin arrivera toujours à mettre en évidence d'une façon irréfutable le caractère pathologique de leurs actes ; il pourra démontrer que tel individu dont l'intelligence semble intacte, et qui a rempli jusque dans les derniers jours ses occupations habituelles, est un halluciné chez lequel un délire déjà ancien s'est systématisé. Il pourra reconstituer la marche du délire et montrer le malade après une période d'incubation entrant dans la période de persécution et construisant plus ou moins silencieusement son roman délirant ; il pourra constater d'une façon évidente l'existence des hallucinations de l'ouïe et des autres sens, des troubles de la sensibilité générale et montrer l'étroite relation qui existe entre les faits incriminés et les phénomènes hallucinatoires.

Sur ces données certaines il affirmera avec la nature

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 36, 37 49, et 50, 1889, et nos 7, 22, 38, 40 et 46, 1890.

de la maladie l'irresponsabilité du prévenu. La responsabilité de ces malades est diversement jugée dans les différents pays ; c'est ainsi qu'en Angleterre les actes de l'aliéné ont été longtemps jugés comme le seraient ceux de l'homme sain placé dans des conditions identiques à celles où les conceptions délirantes mettent le malade. Si l'halluciné donnait un soufflet ou un coup de poing pour une injure supposée, il était acquitté parce qu'un homme sain d'esprit aurait agi de même pour une insulte réelle ; mais si la gravité de l'acte du malade dépassait celle de l'offense, s'il tuait, par exemple, celui qui l'injuriait, on le condamnait, c'était un criminel. C'était là une manière de juger peu logique, car on ne peut admettre des portions d'aliénés ; l'individu est fou ou il ne l'est pas ; s'il est fou, il est irresponsable ; ainsi en a jugé Tardieu qui a résumé son avis avec beaucoup de netteté : « L'expert devra avant tout s'attacher à dégager l'idée fixe, la fausse conception prédominante qui dirige et explique les actes de l'aliéné. Pour peu qu'il apporte dans l'examen une attention suffisante, il reconnaîtra qu'il n'existe chez ces malades ni lésion de la volonté, ni impulsion homicide, au vrai sens du mot ; mais au contraire que le raisonnement persiste parfois avec une force singulière, avec cette particularité que, s'appliquant aux idées les plus fausses, ou conduit par les hallucinations et les illusions des sens, il enfante des déductions à la fois logiques et insensées et par suite les actes les plus violents et les plus regrettables. A tous les degrés et dans tous les cas, de tels aliénés sont irresponsables et le médecin peut et doit, en toute sécurité de conscience, s'efforcer de les soustraire à des verdicts de condamnation qui atteindraient non des criminels mais des malades dignes de pitié. »

En effet, avec quelque art que soit préparé le crime, et quelle que soit la logique avec laquelle le malade le justifie, malgré la préméditation indéniable, le délirant chronique ne peut d'aucune façon être déclaré responsable. Non seulement le délire lui-même, avec ses idées de persécution et la couleur pénible qu'il emprunte aux illusions et aux hallucinations, entraîne une irresponsabilité absolue pour les actes auxquels il a conduit le malade ; mais, parfois, à cette cause peut s'en ajouter une plus prochaine en quelque sorte : c'est le trouble sensoriel qui intervient à chaque instant comme une invitation très active aux agressions. L'aliéné déjà préparé par la nature même de son délire, par ses préoccupations, par les craintes continuelles qu'il a pour son existence, est stimulé par l'hallucination et se trouve ainsi doublement porté aux plus dangereuses réactions.

Legrand du Saulle (*Le délire des persécutions*, 1871) avait cru devoir admettre des degrés différents de responsabilité. Cette interprétation s'explique par ce fait qu'il comprenait, comme Lasègue, dans son délire, des persécutions des formes mentales très diverses. Si des difficultés médico-légales peuvent parfois se présenter à propos des délirants chroniques, elles se montrent bien plus considérables, bien plus délicates à résoudre, quand il s'agit des persécutés-persécuteurs, qui sont, de tous les aliénés, ceux qui donnent lieu aux controverses les plus longues, parfois même aux plus vives polémiques. Chez ces malades les troubles morbides revêtent un caractère spécial, une marche sans analogue dans les autres formes mentales. Leurs allures raisonnantes, leur physionomie particulière, si différente de celles des autres aliénés, peuvent en imposer à un examen superficiel et faire croire à de simples états passionnels. Tandis que chez le délirant chronique le phénomène pathologique capital, l'hallucination, ne peut, par son évidence, laisser planer aucun doute sur le caractère morbide des actes du malade, ceux-ci étant d'ailleurs parfois sous la dépendance étroite d'une hallucination de l'ouïe, tandis que l'histoire d'une maladie à évolution caractéristique, à symptômes si nets, survenue à l'âge adulte chez un individu sans passé cérébral vient entraîner la conviction, il n'en est plus de même chez le persécuté-persécuteur, dont le délire n'est que l'exagération du caractère antérieur, chez un individu toujours mal équilibré. Il n'y a pas, comme chez le délirant chronique, deux parts dans sa vie : une première souvent longue, dans laquelle aucun trouble psychique n'est survenu, une seconde avec des symptômes maladifs et une marche caractéristique. Chez le persécuté-persécuteur faire l'histoire de la maladie c'est faire celle du malade. Le délirant chronique, parfois, fait partager son délire à ceux qui vivent avec lui ; le persécuté-persécuteur peut encore bien plus facilement communiquer ses convictions délirantes. Il s'est fait le combattant du droit, il a souffert et lutté seul contre les tribunaux, les médecins, les autorités, et toutes ses batailles, tous ses échecs n'ont fait qu'augmenter son désir de vengeance. Son attitude d'opprimé que l'adversité n'a pas abattu lui conquiert des sympathies, ses infortunes émeuvent bien des gens, en même temps que son activité intellectuelle, la dialectique avec laquelle il soutient ses revendications, l'absence de tout trouble sensoriel, entraînent la conviction de certains. Tandis que la contagion pour le délirant chronique se limite aux proches, pour le persécuté-persécuteur elle rayonne bien au delà et le malade trouve des défenseurs dans la presse, dans le public. On comprend les difficultés de tout genre avec lesquelles se trouve aux prises le médecin expert dans l'examen de ces malades. Ce sont ces obstacles qui expliquent que l'utile mesure d'un internement intervienne seulement alors, comme le dit Krafft-Ebing, « que les malades ont gaspillé tout leur avoir, fatigué les tribunaux de leurs poursuites sans relâche, troublé l'ordre public, détruit le respect de la loi, fait partager leur délire à leurs proches, et même s'être vengé par un meurtre de leurs ennemis. »

Pour arriver, malgré la persistance, chez ces malades, de certaines facultés—mémoire, logique, activité intellectuelle—à démontrer la nature pathologique des sentiments qui les animent et des actes auxquels ils sont conduits, il faudra reconstituer l'histoire entière du sujet, qui révèlera un état psychopathique congénital. L'étude de ses antécédents héréditaires fera pressentir un dégénéré ; celle de ses antécédents personnels le montrera avec sa déséquilibration, avec les lacunes d'une intelligence brillante parfois par certains côtés, avec les anomalies et les contradictions de son caractère. Bien qu'empruntant quelques traits aux fous moraux, quelques autres aux maniaques raisonnants, le persécuteur se séparera cependant de ces malades par des différences très tranchées qui le feront classer dans le groupe si homogène que nous avons étudié. L'examen des faits invoqués par le malade, faits souvent grossis ou dénaturés, les réactions complètement hors de proportion que ceux-ci ont provoquées, l'opiniâtreté aveugle avec laquelle il poursuit ses revendications, sans qu'aucune considération puisse l'arrêter, les arguments qu'il emploie à les justifier et qui portent la marque d'une logique subtile mais faussée, le caractère obsédant de ses conceptions, ses menaces,

ses calomnies, réservées d'abord à ceux dont il se dit la victime, puis s'étendant à tous ceux qui ne partagent pas son délire; enfin les actes d'extrême violence devant lesquels il ne recule pas, sont autant d'actions portant la marque d'une déséquilibration mentale qui va sans cesse grandissante.

Avant de terminer, donnons encore deux exemples de cette forme clinique si intéressante. Il s'agit d'abord d'un malade du service que nous avons été appelés à examiner avec MM. Brouardel et Motet.

Ce malade avait fait une tentative d'homicide sur un haut personnage politique. C'est un très beau type de persécuté-persécuteur. Il en a la déséquilibration mentale, l'orgueil démesuré, les lacunes morales, l'activité aussi désordonnée que stérile, l'égoïsme profond. D'une intelligence développée, d'une activité sans cesse en éveil, il vit dans un état permanent d'excitation intellectuelle. Il fait des dupes, vit d'expédients, se lance dans les entreprises les plus diverses, tantôt fabricant de limes, tantôt s'occupant de modes; pendant un temps son imagination travaille à la recherche d'inventions nouvelles; il découvre plus d'un procédé nouveau, entre autres un nouveau mode de fabrication des vitraux. Plus tard il s'improvise chimiste et invente, dit-il, une substance explosible à laquelle il n'est pas de forteresse qui puisse résister. Il s'occupe également de questions sociales, travaille à un dictionnaire de synonymes, compose des pièces de vers, des pamphlets. Malgré cette suractivité intellectuelle que son instabilité rend inféconde, il mène une vie misérable. Dans la situation difficile où il s'est laissé tomber, il rend responsables ceux qui sont à la tête du gouvernement des déboires et des échecs qui ne sont imputables qu'à son organisation mentale défectueuse. En novembre 1887 survient l'événement qui va faire de cet homme toujours mal pondéré un aliéné très dangereux. Condamné à un mois de prison par la 11[e] chambre, il s'écrie: « On entendra parler de moi », et réagissant comme il avait vécu, en déséquilibré, il s'improvise justicier et se prépare à faire un exemple éclatant.

Il était alors fatigué par un labeur prolongé et aussi débilité par une alimentation insuffisante. Il profère des menaces de mort contre le Président de la 11[e] chambre, et bientôt, entraîné par les vives polémiques de presse de cette époque, il se lance dans la politique. Il rêve une vengeance retentissante: tous ceux dont il croit avoir à se plaindre, tous ceux que ses idées politiques lui désignent comme nuisibles au bien du pays, doivent être punis. Pesant la responsabilité de chacun, il fera quatre catégories de victimes: 19 ont été choisies; trois sont condamnées à mort: 2 politiques et une personnelle, 4 recevront des blessures très graves, 7 des blessures plus ou moins graves, et enfin 5 des blessures légères; et comme une seule victime doit payer pour toutes, il fera une loterie dans laquelle il donnera à chacun un nombre de numéros en rapport avec le degré de culpabilité qu'il lui attribue. Il prépare ainsi 122 bulletins: l'un en a 13, l'autre 4. M. X... en a 18; M. Y..., 10; un juge d'instruction, 6; le général F..., 6, etc. « Je condamne le misérable D..., le faux témoin, le voleur, le faussaire, à avoir les deux pattes cassées au genou et le W..., recéleur, faussaire et calomniateur ingrat, à subir la même peine avec 8 numéros au chapeau pour D... et 6 numéros pour W... La fille L... et la M... étant d'un autre sexe, je les méprise. »

Et pour expliquer cette justice sommaire, A... se livre au travail le plus étrange, il fait la biographie de chacune de ses victimes et termine chacune d'elles par la condamnation dont il la frappe: « Encore un qui ira dans mon chapeau avec dix numéros; il paiera son iniquité par une patte cassée au genou, ce sera sa récompense. » Magistrats, avocats, avoués, notaires, députés, ministres comparaissent à son tribunal. Il n'y a plus que lui d'honnête, de juste.

Il explique avec complaisance les avantages de ce qu'il appelle sa justice sommaire: « Et vous ne trouvez pas que cette loterie ainsi combinée ne soit cent fois plus salutaire, plus logique, plus morale et plus réconfortante, plus juste et autrement expéditive et efficace que la justice si souvent boiteuse et injuste? Voilà ce qui est ma justice sommaire, comparez et soyez certains qu'avant peu, au lieu de la faire passer pour folle, tous les gens sensés aimant la vraie justice la trouveront sensée et morale. J'aurai des imitateurs, soyez-en sûrs... Tuer un chien enragé, n'est-ce pas pour le moins supprimer dix mille chiens enragés prêts à se lancer sur l'humanité? »

Le 17 novembre il écrit: « J'ai tiré aujourd'hui ma loterie, c'est X... qui a gagné, j'en suis enchanté, il est sorti. C'est la mouche venimeuse, le frelon chrysalide du choléra morbus prêt à se transformer et à s'envoler, reine d'un essaim d'aigrefins prêt à fondre sur notre pauvre France, essaim dont les innombrables piqûres vont nous inoculer un fléau bien autrement violent que cette peste. Et dire qu'il va falloir que ce soit moi, le pauvre inventeur, ridiculisé, moi tant de fois conspué, pillé, calomnié, diffamé, failli, ruiné, condamné à la prison pour chantage (sic), moi, Pygmé, dire que c'est à moi que vient d'échoir la noble tâche de supprimer X..., le fléau, d'en délivrer la France!! J'ai sorti son numéro de mon chapeau, c'est vraiment trop de chance après tant de gros malheurs immérités, et ma vie peut bien payer une telle récompense. » Au moment de l'élection présidentielle, son exaltation va grandissant: il cherche à se rendre à Versailles, afin de tuer M. X..., s'il avait été élu.

Il raconte volontiers la scène du Palais Bourbon: « Le 10 décembre, le moment psychologique était venu; j'avais préparé mon petit piège, la carte d'H...; j'arrive à la Chambre, je lui pose mon lapin et je tire dessus. J'étais plein de sang-froid, je ne bronche pas. Je tire un second coup, quelqu'un me saute dessus. Je lui dis: Est-ce que je tire sur les comparses, « crétin »? Un journaliste était là qui prétendait avoir sauvé le bandit, je lui ai crié: Vous êtes une oie, vous n'avez rien sauvé du tout. »

Au cours de l'instruction, A... fut pris au Dépôt d'un accès maniaque aigu accompagné d'hallucinations qui dura cinq jours et disparut sans laisser de traces.

Pendant son séjour à Mazas, il est préoccupé avant tout par les travaux importants qu'il a en tête. Il avoue aux experts qu'il a besoin de compléter sa série d'ouvrages. Il faut pour lui que la question politique et la question humanitaire soient résolues ensemble. Il traitera successivement de l'éducation des garçons, de l'éducation des filles, sujet bien autrement important à son avis, et enfin du père et de la mère. Pour cela il lui faut du temps: « Faites-moi condamner, demande-t-il, j'ai besoin de dix ans de travail. Si un jury imbécile m'acquittait je recommencerais. Je dis ce que je pense. Je ne cache pas ma manière de voir. J'ai agi avec préméditation et puis, d'ailleurs, il est nécessaire que je sois enfermé pour que mon pamphlet fasse son chemin, sans que le gouvernement se trouve compromis. Si j'étais libre quand il sera publié, il y aurait une question A... Il ne faut pas qu'on m'acquitte, ni pour moi (je commence par moi, je suis égoïste), ni pour eux, ni pour la société. Ce serait l'histoire du vitriol. La première femme qui a jeté du vitriol à son amant a été acquittée, la seconde aussi, la troisième aussi: moi je recommencerais. »

A l'asile, il est tranquille, s'occupe à rédiger des pamphlets contre Bismarck, auquel sa haine s'est actuellement attachée, travaille sans relâche à des questions politiques, sociales, veut proposer de nouvelles armes, de nouveaux plans stratégiques.

L'activité intellectuelle de ce malade, sa lucidité d'esprit, l'habileté avec laquelle il a prémédité et accompli sa tentative d'homicide auraient pu faire hésiter, mais l'examen approfondi de cette existence, dont tous les actes révèlent un déséquilibré, ses oppositions et ses contradictions incessantes, cette obsession de vengeance qui le poursuit, cette liste des victimes qu'il dresse en mettant le nom d'un homme d'Etat à côté de celui de l'expert en écriture qui l'a déclaré insolvable, de l'avocat qui a plaidé contre lui, du magistrat qui l'a reconnu coupable, de l'ouvrier typographe qui l'a fait poursuivre, de sa belle-mère dont il prétend avoir à se plaindre, ces verdicts qu'il rend, cette échelle de peines, cette loterie, ce choix de la victime laissé au hasard, dénotent bien les troubles profonds de son intelligence et le caractère maladif de ses actes.

Nous allons examiner encore un persécuté-persécutant arrêté à la suite d'une tentative de meurtre sur l'un de ses ennemis imaginaires; chargé de l'examen

médico-légal de cet inculpé, je vous le ferai connaître par le rapport à la suite duquel une ordonnace de non-lieu a été prononcée et le malade envoyé à l'asile.

Je soussigné, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne, commis le 5 janvier 1889, par une ordonnance de M. Émile Levasseur, juge d'instruction près le Tribunal de 1re instance de la Seine, à l'effet de constater l'état mental du nommé J. Etienne, âgé de 32 ans, employé au Bureau des titres du chemin de fer de l'Ouest, inculpé de blessures volontaires sur la personne de M. S..., employé au bureau; après avoir prêté serment, pris connaissance des pièces de l'instruction, recueilli tous les renseignements de nature à m'éclairer et visité à diverses reprises le sieur J..., ai consigné dans le présent rapport le résultat de mon examen.

Le sieur J... est inculpé de blessures volontaires sur M. S... Les conditions dans lesquelles cette agression s'est produite, les faits révélés dès le début de l'instruction étaient de nature à motiver l'examen de l'état mental de l'inculpé. Pour se faire une idée juste du mobile de cet acte, il est nécessaire de remonter aux antécédents et de voir si dans le passé de J... on ne trouve pas des déviations du caractère, des idées et des sentiments dont la détermination fournirait une base solide d'appréciation. Une sœur de J..., âgée de 21 ans, présente des accidents hystériques, elle éprouve des troubles de la sensibilité générale une sensation de boule qui du ventre remonte au cou, du serrement à la gorge; elle a des rires et des pleurs involontaires, et sous l'influence d'une émotion, elle est prise de tremblement dans les bras et les jambes. Pendant la nuit, elle a parfois des hallucinations : elle voit des têtes, des objets colorés qui passent devant ses yeux. Une deuxième sœur, âgée de 25 ans, est mariée, elle est d'une santé un peu faible sans présenter toutefois de crises nerveuses. Le père était employé au chemin de fer, et serait mort après avoir avalé, *par mégarde, dit-on*, un liquide corrosif. La mère, d'un caractère irritable, se serait parfois trouvée mal. Quant à lui, il a quitté l'école à 14 ans pour entrer comme clerc dans une étude d'avoué jusqu'à 16 ans, puis il a été chargé d'une tenue de livres pendant un an; il est entré ensuite au chemin de fer de l'Ouest dans le bureau des titres, s'acquittant assez bien de sa tâche, mais vivant à l'écart, ne frayant pas avec ses camarades, toujours sombre, soucieux, ne montrant ni l'entrain ni la gaîté des garçons de son âge; méticuleux, irritable, il se mettait facilement en colère pour des motifs futiles. A 26 ans, il a eu un eczéma dont il se préoccupait vivement, ce qui a augmenté ses tendances à la tristesse. Depuis 2 ans, il devient plus casanier, ne fréquente plus ses camarades; refuse même d'aller se promener avec sa sœur. Il se plaint, à diverses reprises, de douleurs dans les jambes, qu'on attribue à des rhumatismes.

Dès le commencement de 1887, il demande à sa mère et à sa sœur si on les suit dans les rues, si elles ont remarqué les gens qui stationnent devant la maison. Il raconte que des individus le suivent, qu'ils font faction de l'autre côté du trottoir, épient tout ce qui se passe chez eux. Quand il rentre ils se placent souvent deux à l'entrée de la porte, ils se croisent pour lui barrer le passage et l'obliger à les écarter. D'autres regardent la montre et le fixent ensuite pour bien lui démontrer qu'ils l'observent. Vers le mois de septembre, aux illusions s'ajoutent des hallucinations, il entend des injures dans la rue; on lui dit : « Cochon, salop, sale paltoquet » ; ce sont quelquefois des passants qui parlent entre eux, sans avoir l'air de le regarder ; d'autres fois c'est un individu seul qui continue son chemin tout en l'injuriant. Des femmes viennent également dans la maison chez des voisins pour se moquer de lui et l'exaspérer. Quand sa mère ou sa sœur cherchent à lui persuader qu'il se trompe, qu'il y a dans la rue plusieurs hôtels meublés et qu'il est tout naturel que de nombreuses personnes s'arrêtent sur le trottoir, il se récrie, affirme avoir bien remarqué ces individus et s'adressant à samère : « Tu n'y vois pas bien clair, lui dit-il, tu n'y vois pas. » Comme toutes ces vexations continuent, il prend la résolution de quitter le quartier et de déménager. Pour dépister ses ennemis il veut aller jusqu'au Point-du-Jour, chercher un autre logement. Il va avec sa mère voir des appartements et le jour où ils ont fait le choix de leur nouvelle demeure, il aperçoit dans la gare d'Auteuil un Monsieur âgé, à tête blanche, respectable, qui regarde sa montre et le fixe. Quelques jours après, il voit le même vieillard stationner rue Boursault ; il craint, dit-il, qu'on ait découvert son nouveau domicile. Toutefois, après le déménagement, il a quelques jours de repos, puis tout recommence; il aperçoit des individus qui le suivent; on l'injurie de nouveau, et quand il prend le train pour venir à Paris, presque tous les jours, il lui arrive des aventures désagréables : tantôt, quoiqu'il se blottisse dans un coin, des individus en montant lui marchent sur les pieds ; d'autres fois, les voyageurs le bousculent en s'asseyant sur la banquette ; d'autres fois enfin, des fumeurs lui lancent des bouffées de tabac sur le visage.

Telles sont les persécutions imaginaires, les injures auxquelles il se croit en butte, telles sont aussi les interprétations délirantes qui faisaient naître les incidents les plus insignifiants. Toutes ces *vexations*, toutes ces *singeries* étaient, d'après lui, l'œuvre d'un de ses camarades de bureau, M. R..., d'accord en cela, ajoute-t-il, d'après ce que je suppose et ce que j'ai vu, avec M. S..., employé également au bureau des titres. M. R... était jaloux parce qu'il n'avait pas pu occuper la place que j'occupe, dit J..., et il avait imaginé toutes ces misères pour me tourmenter, me donner un caractère détestable et finir par me faire renvoyer; il s'entendait avec une agence qui, moyennant finance, mettait tous ces individus à mes trousses et me faisait filer ; on avait aussi envoyé à l'administration, croyait-il, des lettres calomnieuses contre lui.

Sous l'influence de ces conceptions délirantes, il se décide à porter plainte à son chef de bureau, M. C..., puis il va, accompagné de sa mère, auprès de M. C..., contrôleur. Ses chefs de service s'efforcent de le rassurer, de lui persuader qu'il se trompe, ils lui affirment qu'ils n'ont reçu aucune lettre malveillante contre lui ; que tout le monde, au contraire, l'estime et que, du reste, les appointements de ses collègues n'auraient jamais pu suffire à payer les agents si nombreux qui le tourmentaient, que tout cela n'était que le produit de son imagination. Comme J... ne s'était jusque-là laissé aller à aucune espèce de violence, de menace contre personne, qu'aucun de ses camarades ne s'était plaint, on pensa à une indisposition passagère et il put continuer son travail, on lui confia même un poste assez délicat où les employés, en rapport avec le public, doivent souvent s'armer de patience. J..., tout entier à ses préoccupations pénibles, ne pouvait être froissé que par des faits ou des gestes insignifiants qu'il interprétait à sa manière. Quant aux exigences de sa profession, au travail de son bureau, il n'en éprouvait aucun souci, il n'en ressentait aucune fatigue et il s'acquittait ponctuellement de ses nouvelles fonctions. Toutefois, les démarches qu'il venait de faire auprès de ses chefs et qui n'avaient abouti qu'à lui procurer des conseils bienveillants, et, pour tout autre que lui, la démonstration évidente qu'il se trompait, ne pouvaient le satisfaire, car il continuait, disait-il, à se voir l'objet de poursuites incessantes, de machinations de toutes sortes. Dans les rues, à la gare, au Point-du-Jour, partout il continuait à rencontrer ses persécuteurs. Il en éprouvait une profonde irritation qu'il faisait tous ses efforts pour contenir, sans en rien laisser paraître dans son bureau. Cette lutte incessante pour refouler sa colère l'exaspérait. Depuis quelques mois il était plus silencieux, plus sombre que d'habitude, il éprouvait une céphalalgie qui s'était aggravée à la suite de la chute, sur sa tête, d'une lampe placée sur l'étagère de son bureau et qu'un chat avait renversée ; ses nuits étaient mauvaises, il n'avait plus de repos. Le 27 décembre, il emporte le matin, en sortant, un revolver qu'il tenait de son père et qui depuis fort longtemps était à la maison, il achète des cartouches en passant rue St-Lazare ; il s'installe à son bureau, se hâte de faire le travail le plus pressé, puis vers 2 heures, il arme son revolver, s'avance vers la table de son collègue S..., et, sans lui adresser la parole, il décharge sur lui plusieurs coups de son arme. Immédiatement arrêté, il répond aux questions qu'on lui adresse : « Il y a longtemps que cela durait, il était temps que cela finisse. » Interrogé quelques instants après par M. A..., commissaire de police, il lui dit : « C'était pour me venger de lui et des vexations qu'il me fait subir depuis le mois d'octobre, avec M. R..., un autre employé qui, de concert, à ce que je crois, ont fait écrire des lettres anonymes par une agence à la Compagnie, dans le but de me faire

renvoyer de la place que j'occupe et que le sieur R... avait convoité pour lui. J'ai acheté ce matin seulement dans la rue St-Lazare les cartouches qui ont armé mon revolver; quant à l'arme, je l'ai depuis plus de 15 ans. Si j'ai tiré sur M. S..., c'est que je n'avais pas sous la main M. R... auquel je destinais principalement les coups qui ont atteint M. S...; M. R... était le principal auteur des machinations ourdies contre moi. » M. S..., blessé à la tête et au bras, répond : « Vers deux heures, le sieur J... s'est approché de moi, j'écrivais à mon bureau. Il ne m'a dit aucune parole. Je n'ai eu aucune discussion avec lui. Tout à coup, il a tiré sur moi, à bout portant, jusqu'à ce que son revolver ait été désarmé. » D'autre part, MM. le T... et C..., employés dans le même bureau, racontent que jamais J... n'avait eu de discussions avec M. S..., qu'il s'est levé sans rien dire, s'est approché et a tiré. A Mazas, J... est tranquille ; ses ennemis n'ont pas pu, dit-il, le poursuivre en prison; personne ne le tourmente ici. Il n'a pas de regrets de sa tentative de meurtre, et il reste convaincu de la réalité de ses persécutions imaginaires.

De ce qui précède, nous pensons devoir déduire les conclusions suivantes: 1° J... est un déséquilibré qui a toujours eu des tendances mélancoliques. 2° Depuis 2 ans, des illusions, des hallucinations et des idées de persécution ont été le point de départ d'interprétations délirantes sur les faits les plus insignifiants, et ont fait naître dans l'esprit de J... la conviction maladive que MM. R... et S... étaient les promoteurs des persécutions imaginaires dont il se plaint. 3° J... a obéi exclusivement à un délire de persécution lorsqu'il a déchargé son revolver sur M. S... Il n'est pas responsable de cet acte. 4° J... conserve actuellement les mêmes idées délirantes; c'est un aliéné dangereux dont la place est dans un asile où il pourra être traité et surveillé.

Avons-nous besoin de dire, Messieurs, que le traitement du délire chronique est purement symptomatique, qu'il n'y a pas un traitement spécial, pas de médicament indiqué d'avance. Il faut d'abord ne point nuire au malade ; il faut se garder des modes thérapeutiques qui, dans le but de décongestionner le cerveau, ne font que débiliter le patient et fournir un aliment à ses préoccupations pénibles. Tel est l'emploi des purgatifs, du tartre stibié, des douches données d'une façon systématique et dans les derniers temps encore de la trépanation.

On a employé la méthode de Hiffelsheim pour combattre les hallucinations. On soumettait les malades à un courant voltaïque faible, continu, permanent, dont les pôles étaient constamment appliqués aux oreilles du malade. L'appareil lui-même se composait d'une série de petites piles réunies en couronne et qui devaient entourer la tête comme une ceinture ; on le laissait en place pendant plusieurs semaines, et le courant électrique traversait la masse encéphalique dans son épaisseur ; cet appareil était peu commode ; de plus, il fallait le mouiller, toutes les deux heures, dans de l'eau salée ou acidulée. Ce moyen expérimenté à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, ne donna pas les résultats heureux que quelques faits favorables avaient tout d'abord permis d'espérer.

Moreau (de Tours) a proposé de combattre les hallucinations par les agents thérapeutiques qui, comme le datura stramonium et le haschisch, provoquent des hallucinations; c'est une application de la méthode substitutive ; ce savant praticien espérait remplacer les hallucinations spontanées par d'autres provoquées et faciles à faire disparaître par la suppression du médicament; cette méthode a donné au début quelques bons résultats ; mais l'observation ultérieure n'est pas venue confirmer son efficacité ; résultat qu'on pouvait prévoir *a priori*, car l'alcool, qui provoque, lui aussi, des hallucinations, rend plus actives celles du délire chronique.

L'arsenic, préconisé par M. Lisle, ne guérit pas davantage les hallucinations ; il donne des résultats satisfaisants quand la médication arsenicale est indiquée par l'état général.

En résumé, nous ne possédons point de médication spécifique et les indications doivent être cherchées dans l'état du malade, c'est-à-dire que chaque sujet réclame son traitement particulier. Il y a cependant quelques règles d'hygiène qui conviennent à tous les sujets. Vous savez qu'assez souvent ces aliénés, poursuivis par l'idée d'empoisonnement, se nourrissent mal, d'une façon insuffisante et irrégulière ; qu'ils prennent quelquefois des aliments d'une digestion difficile et provoquent ainsi des troubles digestifs, lesquels, à leur tour, sont causes de délire. Il faut donc conseiller la plus stricte régularité des repas ; faites prendre, autant que possible, les viandes grillées et rôties ; proscrivez les aliments de digestion difficile, les sauces, les mets trop épicés; qu'on s'abstienne d'alcool, de liqueurs et de cafés ; ordonnez une courte promenade après chaque repas ; en un mot, facilitez le travail de la digestion, évitez tous les malaises, et vous éloignerez ainsi des occasions de délire. On ne doit pas craindre d'entrer dans ces détails de la vie de chaque jour, ils ont une importance que vous apprécierez quand vous aurez à donner vos soins à ces aliénés.

Les toniques, le fer, le quinquina, etc., d'autrefois les alcalins sont employés avec avantage, mais, je le répète, les diverses médications puisent leurs indications spéciales non dans les caractères du délire, mais bien dans l'état général du sujet, et elles doivent donc varier suivant le malade.

On voit quelquefois dans le cours du délire chronique survenir de l'excitation avec une activité plus grande des troubles sensoriels et du délire. Pendant ces épisodes, dont l'intensité reste au-dessous de l'accès maniaque, on emploie avec profit les sels bromurés et les bains tièdes simples ou alcalins.

Schüle conseille l'usage de l'opium (injections de morphine) pour favoriser le retour du calme intellectuel. Il emploie le bromure de potassium, l'électrisation, l'hydrothérapie, contre les troubles de la sensibilité. Krafft-Ebing conseille également l'emploi de la morphine.

Le changement de milieu produit le plus souvent une rémission, de courte durée d'ailleurs, dans les troubles sensoriels. Les voyages, les déménagements des malades, sont d'ordinaire suivis d'une phase de tranquillité. La séquestration est de même habituellement suivie d'une rémission : elle a en outre le double avantage de placer le délirant chronique et le persécuté-persécuteur à l'abri des causes d'excitation qu'ils rencontrent au dehors et de mettre obstacle à leurs agressions. Elle constitue ainsi une mesure qui sauvegarde à la fois leur propre intérêt et assure la sécurité publique.

La Tuberculine en Allemagne. — La *Freisinnige Zeitung*, pour donner une idée du discrédit dans lequel est tombée la Tuberculine du Dr Koch, cite ce fait que, dans le sanatorium dirigé par le Dr Cornet à Charlottenbourg et fondé uniquement dans le but d'appliquer le remède nouveau, les vingt lits dans lesquels des pauvres devaient être traités gratuitement sont et demeurent tous vides depuis un certain temps, alors que les demandes étaient tellement nombreuses à la fin de l'année dernière que l'on se voyait réduit tous les jours à refuser l'admission à des centaines de postulants.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

L'Assemblée générale annuelle de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a eu lieu dimanche dernier, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. Nous avons malheureusement constaté nombre d'absences parmi les délégués habituels.

M. le Pr Lannelongue présidait en remplacement du Dr H. Roger, atteint depuis quelque temps déjà d'une douloureuse maladie. Dans une excellente allocution, il a ouvert la séance et a fait procéder au renouvellement du Bureau. M. Henri Roger a été nommé à nouveau président avec 2.497 voix. Les vice-présidents élus sont MM. le baron Larrey, Bouchacourt et Dufay, et M. Cazeneuve, vice-président honoraire. M. Brun est réélu trésorier et M. Blache vice-secrétaire. Les membres du Conseil pour cette année sont : MM. Cornil, 88 voix ; Worms, 76 ; Laguesse, 71 ; Lereboullet, 70 ; Durand-Fardel, 70 ; Leroux, 69.

M. Brun, trésorier, donne ensuite lecture de son rapport sur le mouvement financier de l'Association qui a reçu cette année les legs de M. Ricord et reçu en acompte du legs de M. Belle de Massac la somme de 13.102 fr. et pour dons particuliers 7.140 fr. Le bilan de l'Association est ainsi établi :

1° Caisse de l'Association. .	91.060 fr. 15
2° Caisse des pensions . . .	1.416.678 68
Total. .	1.507.738 fr. 83

Le Conseil général fixe ensuite à 19 le nombre nouveau des pensions, ce qui porte à 93 le nombre des pensionnés et attribue pour ces derniers, une somme de 285.000 fr. Ce rapport est adopté et l'Assemblée vote à M. Brun des remerciments.

M. Riant communique le compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1890 ; il rappelle au souvenir de l'assemblée les membres de l'Association morts l'année dernière et leur consacre à tous un touchant éloge. Ce sont : MM. le professeur Gavarret ; Penard, médecin de l'hôpital civil de Versailles ; Duménil, membre du Conseil général de l'Association, président de la Société de la Seine-Inférieure ; Félix, fondateur de l'Association des médecins de Vaucluse, mort victime du devoir professionnel ; Rouget, président de la Société locale du Jura ; Demange, professeur de pathologie interne à la Faculté de Nancy ; Theüs, président honoraire de la Société de Draguignan et de Brignoles ; Sanderet de Valonne, président honoraire de la Société du Doubs ; Barbran, président de la Société de la Charente-Inférieure ; il souhaite la bienvenue à leurs successeurs et expose les services rendus par l'Association.

Le temps n'a pas été perdu non plus pour la défense des intérêts professionnels ; M. Riant cite encore, comme il l'a fait les années précédentes, de nombreuses condamnations faites contre les charlatans qui exercent illégalement la médecine ; il rappelle que dans les Sociétés locales, la question de l'assistance en cas de maladies fait de grands progrès ; quant à la question de la réorganisation de la médecine légale, elle a, dit le rapporteur, rencontré un peu de confusion dans certains esprits ; de là quelques réserves, relativement à cette question.

En ce qui concerne l'assurance en cas de maladie, une enquête a été faite par une commission spéciale, et M. Lereboullet a été chargé de faire le rapport. M. Riant fait ensuite la récapitulation des sommes accordées chaque année depuis la fondation de l'œuvre sous forme de secours et de pensions de secours, somme qui depuis 1861 s'élève à 1.041.006 fr. 58. Le nombre total des personnes pensionnées a été de 224 et celui des rentes s'élève à 122.000 fr. M. Riant fait appel au zèle et à la confiance des membres de l'Association et termine en disant que l'œuvre, grâce à la sagesse dont elle a toujours fait preuve, arrivera à concilier le respect et la sécurité des engagements pris, avec la satisfaction des légitimes espérances du corps médical.

Le soir, un certain nombre des membres se réunissaient à l'Hôtel Continental où avait lieu le banquet et où la plus grande cordialité n'a cessé de régner. Plusieurs discours et toasts ont été prononcés (1).

A la séance du lendemain, M. Passant, rapporteur de la commission, lit un rapport sur les pensions viagères à accorder en 1891. M. Lereboullet donne lecture d'un exposé de l'enquête sur la question de l'assurance en cas de maladie qu'il termine par les conclusions suivantes :

« Après une étude approfondie des vœux qui lui avaient été soumis, de nombreuses conférences avec d'éminents jurisconsultes et avec les représentants autorisés du Conseil d'Etat et du ministère de l'intérieur, la Commission élue l'année dernière vous avait déclaré que l'Association générale ne pouvait, dans l'état *actuel* de la législation, assumer la responsabilité de créer et d'administrer une caisse d'assurances donnant, à tous ceux qui verseraient une cotisation déterminée à l'avance, *le droit absolu* d'obtenir, en cas de maladie, une indemnité fixe. Elle vous avait donné le conseil de multiplier, s'il était possible, dans les grandes villes d'abord, dans les centres moins populeux ensuite, la fondation de Sociétés analogues à l'Association créée à Paris par M. le Dr Gallet-Lagoguey, mais elle avait ajouté que les termes de Société de secours *mutuels* ou d'Association *mutuelle* devaient être supprimés, persuadée qu'elle était que jamais une autorisation ministérielle ne serait accordée, ni dans le présent, ni dans l'avenir, à la fédération des associations ainsi dénommées. La loi du 15 juillet 1850 est, vous le savez, formelle à cet égard. Les Sociétés de secours mutuels sont *toujours soumises à l'approbation et au contrôle du gouvernement*. Leur fédération reste interdite. C'est donc sous un autre titre que devra être fondée, entre les membres de l'Association, l'œuvre d'assurances contre la maladie qui vous est proposée. »

M. Gallet-Lagoguey ne saurait accepter l'interprétation donnée par la Commission, car une société de secours mutuels doit assurer une indemnité à ses membres en cas de maladie et il demande la fusion des sociétés de bienfaisance avec les sociétés de secours mutuels, ce qui existe pour les employés de chemins de fer et les voyageurs de commerce, comprenant un certain nombre de sociétés en province et reconnues d'utilité publique. Les médecins sont plus défavorisés. Pourquoi ? demande M. Lagoguey. On ne le sait. Il propose donc d'agir vis-à-vis des pouvoirs publics par l'entre-

(1) M. le baron Larrey a adressé de sympathiques paroles aux lieu et place de M. le président Roger, puis M. Brouardel s'est exprimé en termes éloquents, complimentant les conseils judiciaires de l'Association ; M. Dalignan, conseil judiciaire, a répondu à M. Brouardel ; enfin, M. Langlet a parlé au nom des Sociétés locales.

mise des députés et des sénateurs pour arriver à obtenir cette innovation utile qui aura pour but de secourir nombre de membres atteints par la maladie. — M. Hameau (d'Arcachon) fait l'éloge de M. Lagoguey et raconte ce qui s'est passé dans la Société de la Gironde ; il pense qu'il ne faut pas mêler la caisse centrale de l'Association avec la caisse-indemnité de maladie, mais l'Association a tout intérêt à ne pas laisser se former une société en dehors d'elle. Une série de fort intéressantes discussions s'engage ensuite entre MM. Hameau, Lande (Gironde), Magnan (de Gondrecourt), Lereboullet, Gallet-Lagoguey, Surmay, etc. Ce dernier propose d'ajouter à l'article 6 des statuts le paragraphe suivant : Le but de l'Association est de..., etc.

« Et notamment d'instituer au siège de l'Association générale et dans les Sociétés locales des caisses spéciales qui, au moyen de cotisations facultatives, garantiraient aux sociétaires une indemnité en cas de maladie. »

M. Brouardel dit qu'il est très grave de toucher aux statuts, car il n'y a pas de raison pour que chaque année on n'y apporte pas de modifications. Tout en acceptant avec plaisir de faire les démarches nécessaires pour obtenir ce qui est contenu dans le texte de M. Surmay, il demande qu'on ne vote pas sur un texte ferme. Cette proposition est adoptée et, l'ordre du jour étant épuisé, la trente-deuxième séance de l'Assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a été levée. Albin ROUSSELET.

Le Congrès français de Chirurgie à Paris.

(*Séance de Clôture.*)

La cinquième session du Congrès de Chirurgie est close depuis samedi dernier et les chirurgiens français ont regagné leurs provinces (1).

Grâce aux multiples démarches, faites avec l'insistance la plus louable par son président auprès des maîtres indiscutés de la chirurgie étrangère, cette session a eu un éclat inaccoutumé. Jamais encore nous n'avions pu attirer à Paris, depuis nos malheurs de 1870 et depuis surtout l'avénement des doctrines antiseptiques, un aussi grand nombre d'opérateurs anglais, suisses, etc. Certes les Allemands continuent à nous faire grise mine, alors que nous leur avons franchement montré l'exemple à Berlin ; certes les Italiens continuent à faire, même pour la Chirurgie, partie de la triple alliance. Malgré cela, on peut dire sans crainte que l'activité déployée en la circonstance par M. le Pr Guyon a porté les meilleurs fruits.

A la séance de clôture, qui a eu lieu samedi 4 avril à 2 heures dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté, un certain nombre de décisions importantes ont été prises. Nous devons les signaler brièvement. La prochaine session du Congrès aura lieu, à Pâques, l'année prochaine. Il a d'ailleurs été décidé que le Congrès de Chirurgie se réunirait désormais tous les ans, à pareille époque. Les séances du soir seront consacrées à la discussion des questions posées à l'avance, parce qu'elles sont les plus fréquentées ; les membres du Congrès se rendent en effet dans les hôpitaux presque tous les matins. Il y aura une séance de communications diverses dès le lundi matin ; mais la séance solennelle d'inauguration aura toujours lieu le lundi, dans l'après-midi. Et, pour permettre aux autorités d'y assister.... sans ennui, cette séance sera limitée au discours du président et aux comptes rendus de MM. les secrétaires généraux et du trésorier. Après une interruption de quelques minutes (1/2 heure), qui permettra aux représentants du Gouvernement et aux personnes que les questions de détails et de technique chirurgicale n'intéressent pas de se retirer, les travaux du Congrès continueront. Trois matinées (mardi, jeudi, samedi) pourront dès lors être consacrées entièrement à des visites dans les hôpitaux parisiens.

La modification principale apportée aux errements antérieurs a été le vote relatif à la nomination de rapporteurs, chargés de faire un travail d'ensemble, pour diriger la discussion, sur les questions posées à l'ordre du jour du Congrès. C'est d'ailleurs ce qui se fait toujours dans les Congrès internationaux et même parfois pour quelques Congrès nationaux, moins importants, en Allemagne, par exemple.

Voici les trois questions, choisies par le Comité permanent, qui seront discutées à la session prochaine, avec les noms des chirurgiens chargés des rapports : 1° *Pathogénie et traitement des gangrènes chirurgicales* ; rapporteur général, M. le Pr Verneuil ; MM. Jeannel (Toulouse), Reclus et Sanchez-Toledo, rapporteurs. — 2° *Pathogénie des accidents infectieux chez les urinaires* ; M. le Pr Guyon, rapporteur général ; MM. Albarran, Clado, Hallé, Poussin (Bordeaux), rapporteurs. — 3° *Résultats immédiats et éloignés de la chirurgie des voies biliaires* ; M. le Dr F. Terrier, rapporteur général ; MM. Gross (Nancy), Lucas-Championnière et Périer, rapporteurs. Ces rapports ou leurs résumés seront envoyés à tous les membres du Congrès inscrits *deux mois* avant l'ouverture de la session.

Le comité permanent, auquel est adjoint cette année M. Reclus, en remplacement de M. le Pr Trélat et dont le président devient M. Verneuil par suite du décès de M. Trélat, a été en outre autorisé à organiser l'année prochaine les visites dans les hôpitaux. Armé de ce vote, il espère réaliser, à ce point de vue, un notable progrès ; ce dont nous le louons fort, car jusqu'ici ces visites à Paris, en dépit de tous les efforts, n'ont jamais pu être régularisées. Une affiche indiquera très probablement les opérations qui seront faites chaque matin dans les hôpitaux, pendant la durée du Congrès.

Tout ceci terminé, on est passé aux élections. M. le Pr Demons (de Bordeaux), vice-président, a été acclamé Président : récompense bien méritée, car, on le sait, c'est ce chirurgien qui a été le promoteur du Congrès. Les secrétaires généraux, MM. Pozzi et Picqué, le second comme secrétaire général adjoint, de même que le trésorier et les 4 secrétaires des séances, ont été prorogés dans leurs fonctions. On a élu, en outre, comme secrétaire des séances, M. Marcel Baudouin, secrétaire adjoint. L'élection du vice-président a été plus mouvementée. Cependant M. le Pr Lannelongue l'a emporté avec une belle majorité de 89 voix, contre 5 à M. le Pr Panas, 3 bulletins blancs, 2 voix à M. Bœckel (de Strasbourg), 2 à M. Péan, etc.

La discussion des questions mises à l'ordre du jour du Congrès a été surtout brillante pour les deux premières, ayant trait l'une à la chirurgie du cerveau, l'autre aux résultats éloignés des opérations portant sur les annexes utérines. Par contre — et nous croyons *devoir* le dire aujourd'hui dût cet excès de franchise chagriner plu-

(1) A l'occasion de la clôture du Congrès, M. le président a donné une autre soirée, dans les salons de son hôtel. Un grand nombre de congressistes, encore à Paris, y assistaient ; mais nous y avons surtout rencontré des chirurgiens et des médecins des hôpitaux de Paris. Au programme : une partie musicale des plus intéressantes, des monologues par Coquelin, et *Lolotte*, comédie en un acte de H. Meilhac, admirablement jouée par Mme Réjane (de l'Odéon), Mme Pierson et M. Coquelin (des Français). C'étaient la Verve, le Mordant et l'Esprit incarnés !

sieurs de nos maîtres chéris —, les communications qu'a suscitées la 3e question posée n'ont pas paru présenter un cachet suffisant d'originalité, à l'exception de quelques-unes, très importantes. Nous disions, familièrement, en quittant ce matin-là la salle: Décidément, les vrais chirurgiens ne sont pas faits pour vivre avec le pus! On nous pardonnera de le répéter ici: Ça manquait vraiment trop, parmi nous, de bactériologistes! Il est à craindre qu'il en soit de même, l'année prochaine, pour l'une, au moins, des questions mises à l'ordre du jour. Mais n'aggravons pas notre cas et ne faisons pas profession de prophète de malheur!

Redisons plutôt ce qui est la vérité: La cinquième session du Congrès français de Chirurgie a été certainement une des plus intéressantes — peut-être même la plus instructive — de toutes celles qui aient eu lieu jusqu'ici.

Marcel BAUDOUIN.

Cours de Pathologie générale. — M. le Pr Bouchard.

Le savant professeur continue ses études des années précédentes par celle de l'*inflammation.* Il y a 50 ou 60 ans, l'*inflammation*, sous l'influence de Broussais, c'était la *maladie.* La symptomatologie était seule connue, et la théorie vasculaire admise, avec les distinctions de l'I. active et I. passive. Plus tard intervient la *théorie cellulaire*; il y a trouble de nutrition et arrivée de cellules nouvelles au point enflammé. De là les discussions célèbres de cellules nées sur place, dans le blastème (Robin), et des cellules multipliées (Virchow). Ces cellules peuvent devenir purulentes, granuleuses ou fibreuses. Cohnheim, en montrant la migration des globules rouges et des globules blancs, indique la provenance vasculaire des cellules épanchées au point irrité; mais l'abondance de ces cellules dépassant de beaucoup leur nombre normal dans tout l'organisme, il y a prolifération pathologique, et celle-ci a lieu dans la moelle des os. Le problème n'est que reculé: Pourquoi, sous l'influence d'une irritation locale, la moelle des os produit-elle des leucocytes en excès? Pourquoi sortent-ils par diapédèse exactement au point lésé? Il intervient un acte réflexe, une action sur les terminaisons nerveuses et vasculaires. Mais l'excitation d'un tronc nerveux peut donner de la gangrène, de l'anémie, de l'hyperhémie, etc., mais non de la *suppuration.* Le traumatisme à l'abri de l'air ne suppure pas; mis en présence de l'air physiquement pur, il ne suppure pas. C'est l'air chargé des organismes qu'il transporte qui amène la suppuration, c'est l'air chargé de microbes. Pour le Pr BOUCHARD, il y a cependant des suppurations sans microbes. De même, certains microbes donnent du pus, d'autres sont pathogènes; mais ceux-ci, dans certaines conditions, produisent une suppuration locale et arrêtent là leurs dégâts. Ceci a lieu par la production qu'ils engendrent de diastases et de ptomaïnes qui agissent sur les vaisseaux et sur la production des leucocytes; ceux-ci, amenés par le diapédèse, forment une barrière à l'envahissement des microbes, et les diastases et ptomaïnes agissant lentement sur les tissus modifient leur structure chimique en les rendant soit impropres, pour une période plus ou moins longue, à la culture des microbes, et ceci constitue la vaccination; soit, au contraire, plus aptes à recevoir les microbes pathogènes, c'est ce qui a lieu pour des microbes de la suppuration. Malgré la grande difficulté des sujets si neufs abordés par le professeur, celui-ci sait rester constamment parfaitement clair et accessible aux nombreux débutants qui remplissent l'amphithéâtre, pendant que ses élèves et collaborateurs qui l'entourent jouissent plus complètement de la science profonde et des hypothèses philosophiques et fécondes qu'il émet au cours de l'exposé des dernières recherches sur ce sujet important.

Cours de Pathologie expérimentale. — M. le Pr Straus.

Lundi 6 avril, à 5 heures, M. le Pr STRAUS a ouvert son cours dans l'amphithéâtre annexé à son laboratoire. Cette disposition, éminemment pratique, facilite beaucoup les démonstrations, dans un cours qui doit rester sur le terrain pratique; mais elle ne permet pas de disposer d'une salle assez considérable pour recevoir tous les étudiants qui voudraient y assister. M. Straus étudiera cette année un certain nombre de maladies bactériennes; d'abord la tuberculose envisagée au point de vue de son agent pathogène et de ses toxines; mais il consacrera ses premières leçons à l'étude de la cellule et de ses caractères fondamentaux chez tous les êtres, pour en arriver à une conception générale des cellules bactériennes. Ces dernières sont extrêmement petites, et l'on est obligé d'appliquer à leur description des notions acquises sur les autres cellules animales et végétales; quoique certaines espèces aquatiques de bactéries, les Cladothrix, les Sulfuraires soient de fort grandes dimensions. Le corps de la cellule bactérienne, son protoplasma, est de nature albuminoïde. Mais un caractère qui lui est spécial, c'est l'avidité extrême qu'il présente pour les matières colorantes, et en particulier pour les couleurs basiques d'aniline; et cette propriété rapproche les bactéries de la matière qui forme le noyau des cellules ordinaires, animales ou végétales. Ce protoplasma est dépourvu de chlorophylle; et c'est là un point important, car il nous permet de préjuger le parasitisme des bacilles. Pourtant il n'est pas dépourvu de toute fonction chromogène; et un certain nombre de microbes, tous en grandes masses dans les cultures, présentent des colorations variées, rouge, jaune ou bleu, par exemple, qui sont dans quelques cas simplement sécrétées par les microbes, mais peuvent aussi se trouver à l'état de grains dans la cellule. Ainsi une Sulfuraire, étudiée par Ray Lankester, le Bacterium purpuri, renferme des grains rouges. A côté des matières colorantes sécrétées par le protoplasma, il faut placer l'amidon, dont M. Trécul a montré la présence chez le B. amylobacter, où il se trouve sous forme de grains à couches concentriques et qu'on a trouvé aussi à l'état dissous dans les Sarcines, et la graisse, facile à révéler par l'acide urique. Le corps cytoplasmique est entouré d'une membrane d'enveloppe qui n'est autre que la portion la plus épaissie d'une gangue mucilagineuse qui entoure chaque cellule et les agglomère entre elles, formant des masses tout à fait spéciales, qui ont reçu les noms de Zooglées, et ce mucilage est aussi une sécrétion du protoplasma. Sa constitution chimique le rapproche de la cellulose, ce qui explique la résistance des microbes à un certain nombre de réactifs énergiques.

Les bacilles possèdent aussi des cils, que l'on peut mettre en évidence, avec beaucoup de peine toutefois, chez la plupart des espèces mobiles.

Ils se développent par scissiparité ou par sporulation, comme l'a montré d'abord M. Pasteur; pourtant ils ne sont pas dépourvus de noyaux comme on l'a cru jusqu'à ces derniers temps. Depuis dix-huit mois, un certain nombre de travaux importants ont paru sur cette question, et c'est là le point le plus saillant de leur étude en ce moment. Ernst, en traitant quelques bacilles communs par le bleu de Löffler à chaud y révéla des grains très colorés qu'il assimila à la nucléine des noyaux cellulaires et nomma granulations sporogènes. Bütschli, ensuite, mit hors de conteste l'existence de granules nucléaires dans les bactéries. Ces

organismes rentrent donc dans la loi générale des cellules vivantes. Mais, dans ces derniers temps, la question s'est singulièrement élargie à la suite des travaux d'Altmann, de Leipsig et de ses élèves. Pour lui, les granulations élémentaires des cellules sont, par excellence, les agents de de la vie; la cellule n'est qu'une colonie, et ces granulations elles-mêmes sont proches parentes des microbes, si elles ne leur sont pas identifiables; de la confirmation de ces hypothèses, déjà formulées en France par M. Béchamp avec sa théorie des microzymas, découlerait une nouvelle conception de la cellule, absolument différente de celle que nous avons aujourd'hui. C'est à l'examen de ces faits nouveaux que M. le Pr Straus consacrera ses premières leçons avant d'aborder l'étude de la tuberculose et de ses toxines. Nous avons analysé longuement ce premier cours pour que le lecteur puisse se faire une idée exacte de la façon dont il est fait. La pathologie expérimentale ne comporte pas, en effet, d'exposé didactique comme la pathologie générale ou la clinique; c'est une science de faits qui prouve le mouvement en marchant. Le professeur reste à ce point de vue dans la tradition créée par Vulpian, tout en traitant, on sait avec quelle autorité, de matières bien autres, car le sujet s'est élargi. Ce cours reste ce qu'il était, tout à fait unique à la Faculté et rappelant surtout les exposés du Collège de France, où les professeurs que tous connaissent ont montré que la science pure n'était pas en médecine un simple auxiliaire, mais bien le guide et le maître.

Cours de Clinique médicale (*Charité*). — M. le Pr Potain.

M. le Pr Potain a, dans sa leçon d'ouverture, mis en relief les progrès de la sémeiologie et exposé les nouvelles ressources qu'elle offre pour la recherche du diagnostic, la révélation du pronostic et le choix du traitement. Tout l'intérêt des études cliniques, a-t-il dit au début, est d'aboutir à une sage application de la thérapeutique. Si celle-ci ne s'appuyait pas sur le pronostic, elle deviendrait impuissante, souvent nuisible et parfois mortelle. Le pronostic, au contraire, en fait un art auxiliaire utile. Et, en effet, s'il est des maladies qui nécessitent un traitement immédiat et énergique, il en est qu'il vaut mieux laisser d'elles-mêmes évoluer vers la guérison et d'autres qu'il convient de respecter ou de rappeler dans l'intérêt du malade.

Passant de la théorie à l'application, le savant professeur distingue trois variétés de pneumothorax, On interviendra activement dans la première variété (pneumothorax à soupape) en pratiquant la ponction capillaire. Dans cette forme, l'asphyxie devient de plus en plus imminente : le danger doit être conjuré au plus vite. Au contraire, on évitera de hâter la guérison des pneumothorax de la deuxième variété, dits pneumothorax sauveurs. La généralisation de la tuberculose sera enrayée dans le poumon perforé par le retrait de l'organe et son immobilité consécutive. Enfin, on laissera guérir spontanément ceux de la troisième variété (pneumothorax indifférents), à moins que des complications fortuites ne réclament une prompte intervention.

Sans le pronostic, la thérapeutique reste donc incertaine; sans le diagnostic, le pronoctic reste inconnu. La sémeiologie offre non seulement le tableau complet des signes pathologiques connus, mais elle nous apprend encore à les recueillir et à les interpréter. La technique et la critique sémeiologiques s'aident en outre des sciences physiques et chimiques, sans lesquelles on s'expose à des erreurs regrettables. Si l'exploration du malade à l'aide des procédés et des instruments employés en clinique fournit les signes objectifs, l'interrogation révèle les signes subjectifs. Mais il faut y procéder avec patience et sagacité. Combien de fois ne voit-on pas le médecin dicter ses réponses au malade ? Ce n'est qu'après avoir précisé rigoureusement les relations des divers phénomènes morbides, recherché l'ordre successif de leur apparition, que le clinicien est en droit d'affirmer son diagnostic et de prévoir le pronostic. M. Potain emprunte un exemple saisissant aux symptômes que présente l'angine de poitrine dans ses différentes variétés. Pour remédier aux difficultés nombreuses du diagnostic, les cliniciens ont créé un certain nombre de méthodes sémeologiques que M. Potain décrit. La méthode « *a posteriori* » est la dernière à laquelle il convient de s'arrêter. Elle consiste à faire le diagnostic différentiel de chaque symptôme à mesure qu'il se présente et à éliminer ainsi successivement toutes les affections étrangères. Puis, lorsqu'il n'en reste plus qu'une, on reprend pour les groupes tous les signes déjà discutés, afin de voir si leur ensemble confirme le diagnostic. La méthode *a posteriori* est donc en même temps une méthode analytique et synthétique.

M. Potain retient facilement l'attention de son auditoire par la facilité et la clarté avec lesquelles il s'exprime. C'est son propre enseignement et sa méthode qu'il a exposés dans cette leçon magistrale. Sa patience et sa grande loyauté dans l'étude clinique des phénomènes morbides lui permettent de mettre en relief ce qu'il y a de caractéristique dans un cas donné, pour assurer le diagnostic. L'éminent professeur a donné des preuves de sa sollicitude pour l'intérêt des élèves. L'interrogatoire du malade, fait devant eux, est de la plus grande utilité. Aussi, est-il toujours entouré d'un public nombreux de médecins et d'assistants qui assiègent le lit du malade dont il s'approche. Sa voix est un peu faible, mais on l'écoute avec religion.

Cours d'Hygiène. — M. le Pr Proust.

M. Proust a ouvert son cours mardi dernier à 4 heures, dans le Grand Amphithéâtre. On sait que ce n'est pas un exposé didactique de toute l'hygiène que fait le professeur; les leçons et les conférences faites au laboratoire et au Musée d'hygiène par MM. Netter et A.-J. Martin doivent mettre les élèves au courant des grandes lignes de cette science, dont le développement est devenu si considérable.

M. Proust met son public au courant des grandes questions actuelles; il suppose par conséquent les élèves déjà instruits et ayant profité de l'installation et des services qu'il a créés et dont nous venons de rappeler l'existence. Cette année, il traitera des maladies épidémiques et de leur prophylaxie; il a commencé par les maladies épidémiques importées, dont la principale est le choléra. Il a montré comment le pèlerinage de La Mecque et le développement croissant des relations commerciales ou guerrières des puissances européennes avec l'Afrique infectée par les pèlerins rendaient chaque année plus grand ce péril de l'invasion du choléra. Il a fait ensuite l'historique des différentes commissions sanitaires universelles en rappelant la part prépondérante que les savants français ont pris à la discussion.

Puis il a fait l'étude des moyens de dissémination de l'épidémie, étude sur laquelle sont basés les moyens préventifs. On voit, par ce court exposé, que M. Proust, qui a rénové l'enseignement de l'hygiène à la Faculté, se tient toujours à la tête du mouvement; son cours, rempli de choses neuves et originales, sera donc des plus intéressants et des plus suivis.

Cours de Physique médicale.— M. le Pr Gariel.

M. le Pr Gariel traitera dans ce semestre de la chaleur et de l'électricité. Dans sa leçon d'ouverture, il a étudié les causes des sensations et en particulier des sensations de froid et de chaleur. En réalité, dit M. Gariel, il y a autant de causes qu'il y a de corps qui peuvent les produire. Sur les sens, elles produisent des sensations correspondantes, sur les corps, des effets opposés. Au lieu de supposer deux agents, on peut admettre une seule cause qui peut varier en quantité sur le calorique. Les phénomènes calorifiques sont liés à un état vibratoire des molécules du corps. La vitesse plus ou moins grande de vibration caractérise les différences de chaleur. C'est à tort que le calorique a été considéré comme un fluide ; la chaleur ne saurait avoir un fluide spécial, parce qu'elle est susceptible de se transformer en travail mécanique. Il est impossible de compter sur nos sensations pour étudier les phénomènes calorifiques. Dans les mêmes conditions on n'éprouve pas les mêmes sensations; un même état calorifique peut donner lieu à des sensations différentes. M. Gariel cite à l'appui des exemples frappants. Tout le monde sait la différence qui existe entre la sensation éprouvée en hiver et en été quand on entre dans une cave; un autre exemple : quand, après avoir maintenu une main dans un verre d'eau chaude et l'autre dans un verre d'eau froide, si l'on fait la transposition, on éprouve des sensations inverses. Les actions de la chaleur sur les corps inanimés sont très variées : changement de volume et de longueur, dilatation et contractions, changement de pression. Ce n'est pas tout; il peut y avoir un changement d'état. Sa chaleur peut produire des actions électriques, des actions chimiques, combinaisons et décompositions.

Peut-on mesurer les actions calorifiques ? M. Gariel a déjà fait remarquer que l'on ne peut pas compter sur les sensations. Il faut chercher ailleurs le moyen d'apprécier cette relation entre la cause et l'effet produit. Il sera fourni par un intermédiaire : la température. Les caractères de ce phénomène feront l'objet de la prochaine leçon. M. Gariel ne cherche pas à produire des effets d'éloquence : sa diction est sobre, comme il convient à un cours scientifique.

Cours de Botanique médicale. — M. le Pr Baillon.

Le six avril, à onze heures, a eu lieu l'ouverture du cours de Botanique par M. le Pr Baillon ; les étudiants de 1re année, *munis de leurs cartes*, ont été seuls admis à pénétrer dans le grand amphithéâtre. Beaucoup d'élèves, ne satisfaisant pas à ces conditions se sont vu refuser les portes. M. le Doyen Brouardel présidait de loin à cette sélection, qui n'a du reste provoqué aucun incident fâcheux. Le Professeur a inauguré cette suite de cours par des considérations générales sur la cellule et la constitution des êtres inférieurs. Il a ensuite établi la classification des végétaux en *Cryptogames* et *Phanérogames*, d'après leur mode différent de reproduction, par spores (Cryptogames) ou graines (Phanérogames), ces dernières contenant l'embryon, qui est déjà un être complet. Il fait ensuite l'étude rapide de cet embryon qu'il suit jusqu'à son complet développement, et termine enfin par l'analyse des différentes parties de la fleur et de ses annexes. Avant de clore la séance, M. le Pr Baillon, estimant que certaines questions étaient mal ou incomplètement traitées dans les manuels, invite les élèves à élire un certain nombre de délégués qui viendraient lui soumettre, après délibération, la partie spéciale qu'ils désireraient voir traiter dans les cours du second semestre. Cette communication a été accueillie par les bravos et applaudissements d'usage qui n'ont d'ailleurs affecté à aucun moment le caractère séditieux que l'on avait semblé craindre.

Cours de Pharmacologie. — M. le Pr Regnauld.

Ce cours portera, cette année, sur la fabrication et le dosage des substances médicamenteuses. Avant de commencer cette étude, M. Regnault examine les divers principes médicamenteux végétaux le plus en usage, et les manières générales de préparer avec ceux-ci les substances utilisées en thérapeutique : extraits, teintures, alcoolats, etc. Puis le professeur passe en revue les divers modes d'administration des médicaments, les quantités prescrites et les précautions à observer pour les absorber. C'est ainsi qu'il étudie les divers modes d'emploi des purgatifs, des lavements, les injections hypodermiques, etc. Il terminera dans les séances suivantes les généralités, par la fabrication des divers composés médicamenteux, sirops, électuaires, juleps, etc. — Ce cours est non seulement utile aux étudiants de première année qui y sont le plus grand nombre, mais encore à ceux qui préparent l'examen de thérapeutique; on oublie ou on ne sait pas bien souvent la plupart de ces principes de la pharmacologie qui sont cependant indispensables au médecin.

Cours de Thérapeutique. — M. le Pr Hayem.

M. le Pr Hayem se propose, cette année, d'exposer la *thérapeutique des maladies spécifiques*. Il commence par établir d'une façon très nette, très précise, la notion de l'espèce en nosologie, notion longtemps méconnue et qui est le fondamental de la thérapeutique. Facile à établir pour une maladie spécifique (la variole par exemple) où l'on est en présence d'une cause bien déterminée, facile encore à concevoir dans d'autres affections (rhumatisme) dont la cause vraie, pour inconnue qu'elle soit encore, n'en est pas moins certaine et sans doute de nature infectieuse, cette notion de l'espèce devient plus difficile à préciser pour les maladies chroniques, dites de nutrition, elle existe certainement aussi pour ces maladies; mais M. Hayem, se proposant de traiter des maladies spécifiques, ne s'arrête pas à ce dernier point qui l'entraînerait trop loin. Il aborde alors la question du traitement. Laissant de côté la prophylaxie qui relève de la chair d'hygiène, il prend le traitement de la maladie. Au lieu de dire traitement curatif et traitement palliatif, ce qui est vague, mal déterminé, il prend la division ancienne; traitement expectant et traitement actif ou médicamenteux, et rentre en plein dans le sujet spécial de son cours. Dans l'exposé de ces notions générales, M. le Pr Hayem a su rester très clair; on devine un plan fort étudié, d'une précision remarquable et qui promet de grouper tous les faits avec beaucoup d'ordre.

Cours de Physiologie. — M. le Pr Richet.

L'objet des leçons de M. Ch. Richet sera l'étude des grandes fonctions physiologiques, prises à un point de vue fort général. M. Richet se contentera d'en donner un schéma très large, sans s'arrêter aux petits détails. C'est par la respiration qu'il commence aujourd'hui. Après avoir rappelé les expériences mémorables de Lavoisier sur cette question, il examine les différents modes dont s'exerce cette fonction dans l'échelle animale, insistant à dessein sur les organismes inférieurs, sur les microbes, les bactéries, etc.

Certaines espèces ne vivent que dans l'oxygène ; d'autres sont tuées par l'air ; d'où la division, établie par M. Pasteur, de ces petits êtres, en deux grandes classes, les *aérobies* et

les *anaréobies* ; ces derniers sont les ferments. M. Richet donne ensuite la composition de l'air atmosphérique et se lance enfin dans des considérations très étendues sur la quantité d'oxygène disponible et pour nous et pour les races futures. Cette façon d'étudier les questions, en n'en considérant que les grands côtés, facilitera beaucoup aux élèves la préparation des examens ; il est possible qu'elle soit de moindre utilité pour les concours spéciaux qui demandent une étude plus approfondie.

Cours de Pathologie interne. — M. le Pr Debove.

Mardi, à 3 heures, M. Debove a commencé son cours sur les maladies du foie, au grand amphithéâtre de l'Ecole. Cette première leçon a été consacrée à des généralités. Le professeur a fait l'anatomie médicale du foie, a mis l'organe en place ; les prochaines leçons seront consacrées à l'étude des cirrhoses. Il faut féliciter M. Debove, dont la compétence sur ce sujet est d'ailleurs reconnue, d'aborder pour le plus grand bien des élèves cette question devenue maintenant si difficile. La façon de faire du professeur est fort agréable : c'est un exposé simple, rapide, familier et très souvent spirituel, sans effort. La sévérité du cours est nuancée par des échappées de causerie vive et alerte qui reposent en même temps qu'elles gravent les faits dans l'esprit. Les étudiants étaient très nombreux à ce cours et n'ont pas ménagé leurs applaudissements au professeur.

Conférences de Pathologie externe. — M. Nélaton, agrégé.

M. Nélaton a ouvert son cours devant un nombreux auditoire ; il a été accueilli par des applaudissements répétés. L'objet de ses leçons sera l'*étude du cou, du thorax et des membres*. Laissant de côté les notions générales que l'on retrouve facilement dans les ouvrages classiques et ne les citant que pour mémoire, il s'attachera tout spécialement à l'étude des points encore mal connus ou décrits seulement dans des ouvrages spéciaux. Grâce à cette méthode, le cours ne fera pas double emploi avec le travail de l'élève, il le complètera, évitant ainsi à l'étudiant les recherches longues, difficiles, qui prennent beaucoup de temps, lui laissant d'ailleurs l'initiative du travail courant. M. Nélaton saura remplir cette tâche et avec succès. Pourvu d'une voix claire, bien timbrée, il sait tenir en éveil l'attention de ses auditeurs par une réelle originalité d'exposition.

La leçon d'aujourd'hui comportait l'étude des phlegmasies du cou ; ces phlegmasies ont des aspects très différents, suivant leur siège (phlegmons sus-hyoïdiens, phlegmons du sterno-cléïdo-mastoïdien ; phlegmons rétro-pharyngiens.) Leur nature microbienne leur imprime aussi une évolution clinique très spéciale, suivant la nature du microbe qui est en jeu ; le Streptocoque donnera un phlegmon bien différent de celui que donne le Pneumocoque, par exemple. Ces quelques points généraux établis, M. Nélaton prend d'abord le phlegmon sus-hyoïdien, insistant très particulièrement sur la forme diffuse *angine de Ludwig*), sur la nécessité de l'intervention prompte, immédiate ; le point particulier du diagnostic du phlegmon sus-hyoïdien est bien mis en lumière, chose de grande importance, la confusion avec la périostite du maxillaire inférieur étant si facile. C'est ensuite l'histoire du phlegmon du sterno-cléïdo-mastoïdien qui occupe la fin de la leçon. Des dessins très rapidement exécutés au tableau et avec un véritable talent schématisent très clairement les régions, permettant aux élèves de suivre facilement les descriptions du maître. Dans la phalange des jeunes chirurgiens, M. Nélaton a su conquérir une place d'honneur ; les qualités de son enseignement lui assurent à l'Ecole un grand succès.

Conférences d'Histologie. — M. Retterer, agrégé.

M. Retterer entre sans préambules dans l'exposé du sujet qu'il va traiter ce semestre dans les conférences d'histologie : les *muqueuses* et les *glandes*. Il fait un très savant historique de la question, et rappelle comment, dans une première période, les anatomistes, n'étudiant les organes que par l'inspection, considéraient la peau comme une membrane essentiellement composée de nerfs et de vaisseaux, et l'épiderme comme un exsudat dermique. Les glandes, dont les conduits excréteurs étaient inconnus, étaient des organes sans dessein, ἀδήν (adénoïde). Gallien les considère comme des parties plus faibles de l'organisme, destinées à recevoir les liquides superflus. La deuxième période correspond à la Renaissance, où les anatomistes ont recours à la dissection : Sténon, Wharton, Bachman (Rivinus) trouvent les canaux excréteurs des glandes salivaires ; Wirsung celui du pancréas. En même temps, Malpighi distingue à la loupe ou par l'ébullition dans la peau l'épiderme, le corps muqueux du derme et le corps réticulé de Malpighi ; dans le foie, des vésicules et des tubes qui en se réunissant forment les canaux biliaires ; dans le rein des corpuscules ronds dans la couche corticale et des pyramides de tubes excréteurs dans la portion médullaire. Il en conclut que toutes ces glandes reçoivent du sang les éléments qui filtrent dans les vésicules et sont expulsés dans les canaux excréteurs. Ruysch, au moyen des injections, découvre les capillaires, Régnier de Graaf les tubes séminifères, Duverney les glandes mammaires ; en 1749, Férein analyse le rein dans ses détails, Bichat crée l'anatomie générale et Chaussier décrit les 8 glandes du corps humain, car Lieberkuhn et Galeate, auxquels on attribue la découverte des glandes intestinales, n'ont vu qu'un crible, origine des tubes chylifères. De Blainville, dans une conception très exacte, décrit sous le nom de *phonères* les sécrétions épithéliales qui se concrètent hors des glandes, poils et ongles. J. Muller, en 1830, par des injections trop parfaites, fait communiquer le réseau vasculaire périglandulaire avec la glande et considère celle-ci comme un filtre sélecteur. La troisième période commence avec l'idée de la *cellule*. Schleiden, en 1830, la trouve chez les végétaux ; en 1828, Raspail, beaucoup trop méprisé et négligé, reconnaît le premier que tout le tube digestif est tapissé de cellules ; en 1833, R. Brown découvre le *noyau* de la cellule et Henle distingue les cellules en pavés (pavimenteuses) des cellules cylindriques, opère le cardia ; il voit la couche cellulaire tapissant les glandes et les prend pour des globules blancs. En 1868, la sécrétion est encore considérée comme une filtration ; Heidenhain la croit due à la fonte des cellules ; Ranvier voit, dans la cellule caliciforme, le processus vrai de la sécrétion glandulaire : augmentation du protoplasma, puis détachement et chute de la partie superficielle, formant la sécrétion glandulaire. Les glandes vasculaires sanguines, rate, ganglions lymphatiques, thymus, corps thyroïde, amygdales, capsules surrénales, glande pinéale sont des organes de structure glandulaire sans conduits excréteurs. Leur physiologie est encore peu connue, mais de même que le pancréas a une deuxième fonction récemment découverte et qui fait que l'ablation de la totalité de l'organe produit le diabète et la mort de l'animal, le corps thyroïde enlevé donne la cachexie strumiprive ou myxœdème, qui fait défaut si l'on greffe une partie du corps thyroïde. Ces données permettent de croire que l'on découvrira bientôt les vraies fonctions des

glandes vasculaires sanguines. M. Retterer a énoncé cette leçon très nourrie de faits et très au courant de la science d'une façon claire et avec une chaleur et une force de conviction vraiment communicative; il conserve les méthodes de notre école française d'histologie, qui consistent à reprendre dans un cours didactique l'œuvre des anciens, à l'examiner à la lueur de la science moderne, de façon à vivifier le passé et à rendre à chacun ce qui lui est dû. De cette façon les plus récentes découvertes de l'anatomie générale ne forment pas un morceau à part, mais elles s'enchaînent et se relient tout naturellement aux travaux des hommes du XVIIIe siècle. Et la Renaissance scientifique, dont ils furent les créateurs, se continue jusqu'à nous par les travaux français de Lamarck, de Blainville, de Serres, de Ch. Robin. M. Retterer reste fidèle à ces traditions de notre école et marche en avant, sans oublier le passé. L'esprit philosophique dont il fait preuve dans son cours lui amènera les curieux et les chercheurs, en surcroît des étudiants auxquels la conférence est destinée et qui ont prouvé par leurs applaudissements qu'ils étaient sensibles aux efforts faits pour eux.

Conférences de Pathologie interne. — M. Marie, agrégé.

M. Marie a ouvert cette conférence le lundi 6 avril à 3 heures ; il a consacré cette première leçon à l'étude du réflexe rotulien. Après avoir montré le point de départ du réflexe dans les corpuscules sensitifs des tendons décrits par Golgi, il a esquissé son trajet centripète et la place dans la moelle des fibres qui en sont le siège, puis la voie de retour aux muscles par les nerfs moteurs. Il a indiqué toute l'importance qu'acquiert, en séméiologie nerveuse, la connaissance de ce trajet, puisque la suppression du réflexe permet de préciser le lieu où la conductibilité a été interrompue et où se trouve la lésion. La façon d'exposer de M. Marie frappe beaucoup ; car elle est particulièrement attachante, originale et claire. Si l'on cherche l'explication de ses qualités, on la trouve aisément dans ce fait que le conférencier s'efforce, autant qu'il est possible, de transporter à l'amphithéâtre et devant un nombreux auditoire le procédé didactique de son maître, M. le Pr Charcot. Tout ce qui peut frapper les yeux et aider à la démonstration a été réuni. Les phénomènes dont il est question sont d'abord démontrés sur le malade. De nombreuses planches mettent en évidence les détails physiologiques et anatomiques nécessaires pour leur interprétation. Mais ce ne sont pas seulement les procédés de la Salpêtrière que l'on retrouve ; c'est aussi la méthode dans son essence même. Les nombreux dessins schématiques ne représentent que le trait essentiel, le point qu'il faut voir dans la question traitée, ne sont là que pour habituer l'élève à reconnaître ce point dans des figures plus chargées, plus complexes, mais répondant cette fois à la réalité même. Pour montrer, par exemple, comment l'ataxie supprime le réflexe rotulien, on indique sur une série de schémas le siège exact de la lésion de l'ataxie dans les cornes postérieures ; puis, on projette une photographie d'une coupe de la moelle, où l'œil maintenant habitué peut retrouver la photographie exacte des lésions. La façon d'exposer est élégante ; elle emprunte sa grande clarté au principe de sacrifier tous les détails accessoires et de concentrer toute la lumière sur l'objet principal.

Conférences de Pathologie externe. — M. Campenon, agrégé.

Peu de monde au cours d'ouverture de M. Campenon. Le sujet choisi est cependant des plus intéressants : *Crâne, Face et Rachis*. C'est le crâne qui a les honneurs de la première leçon ; renversant l'ordre établi et qui consiste à étudier les lésions traumatiques du crâne en partant des téguments pour arriver au cerveau, M. Campenon commence par celui-ci, en raison de l'importance dominante de nos lésions. Il convient cependant de bien préciser le rôle physico-physiologique des enveloppes dans la protection de cet organe. C'est l'objet de cette première leçon. Après avoir fait un exposé complet des notions acquises sur l'élasticité du crâne (augmenté d'ailleurs par la dure-mère), M. Campenon insiste longuement sur le rôle capital du liquide céphalo-rachidien : amortissant les petits traumatismes, effaçant les dépressions légères, il exagère par un brusque mouvement de reflux les dépressions plus marquées, et éclate pour ainsi dire le cerveau (*diagnostic de Sylvius-ventricule*) dans les grands traumatismes. Ces notions sont bien abstraites. M. Campenon cherche à les exposer aussi clairement que possible. Il en résulte une grande lenteur, des redites. On apprend peu, mais bien.

Conférences de Chimie médicale. — M. Fauconnier, agrégé.

Il est difficile de donner en quelques lignes un résumé du cours de M. Fauconnier ; rien d'inutile, en effet, dans cette leçon ; chaque mot porte. Cette rapidité d'exposition oblige l'élève à une attention soutenue. La leçon comportait les notions générales de *chimie organique* et, malgré l'aridité du sujet, on a écouté dans le plus grand silence et avec intérêt. On devine chez M. Fauconnier une grande science ; la clarté de son exposé et sa précision en sont les meilleures preuves. Il est malheureux que la voix soit aussi faible : aux derniers gradins on entend mal ; beaucoup de choses échappent. Après avoir défini la chimie organique, qui est celle des composés du carbone, définition qui exclut la notion de la force vitale, regardée autrefois comme indispensable à la formation des substances organiques, M. Fauconnier passe rapidement en revue les différents procédés d'analyse, employés en chimie organique. Des expériences rapidement conduites, toutes réussies et choisies avec un grand discernement, fixent bien les procédés. Les élèves de première année doivent se féliciter d'un pareil maître ; ils apprendront beaucoup en suivant ses cours.

Conférences d'Obstétrique. — M. Bar, agrégé.

M. Bar a inauguré devant un nombreux auditoire ses conférences d'obstétrique. La Dystocie et les opérations en seront le sujet. Le jeune et sympathique maître a dans sa première conférence abordé l'étude des causes de dysdystocie et en particulier celle de l'inertie utérine, dépendant : 1° de l'utérus ; 2° de l'état de l'œuf en l'envisageant pendant le travail et pendant la période d'expulsion. Il a appelé l'attention sur une cause d'inertie utérine peu signalée dans les ouvrages même récents : l'adhérence de l'œuf à la paroi de l'utérus. Il a terminé sa conférence par des considérations anatomiques et physiologiques sur la formation du col et la direction des forces expulsives. M. Bar a fait preuve dès le début d'un grand talent de clarté et d'exposition, qui assure à ses conférences un succès bien mérité, étant donné le caractère essentiellement pratique de son enseignement. — Du reste, il faut le dire, ces cours d'accouchement ont toujours attiré un public nombreux, avide d'apprendre. En les instituant, la Faculté a cherché à remédier à l'insuffisance notoire de cet enseignement, au point de vue clinique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

5e *Session* (30 mars-4 avril 1891) (*Fin*).

Séance du Vendredi (matin) 3 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHARD.

3e QUESTION à l'ordre du jour : *De diverses espèces de suppuration examinées au point de vue bactériologique et clinique.*

M. VERNEUIL. — *Métastase purulente de l'anthrax.* — Il est parfois difficile de suivre la marche des microbes de l'extérieur vers l'organisme. Il l'est encore bien davantage de se rendre compte de la façon dont ils se comportent pour aller de l'intérieur vers l'extérieur. L'observation suivante montre comment un microbe, cantonné dans un point du corps, peut envahir un autre organe. Si les cas analogues ne sont pas rares, à l'heure actuelle ils sont encore très intéressants. Homme de 31 ans, ayant eu en 1890 un anthrax, qui mit six mois à se cicatriser. En juin 1891, cet homme fit une chute. 3 jours après il eut la fièvre (39°). Les médecins diagnostiquèrent une pleurésie. Au-dessous de la plèvre on constatait cependant un certain empâtement dans la région lombaire ; on dut compléter le diagnostic et admettre en outre un abcès périnéphrétique. La pleurésie ayant été ponctionnée, on y trouva dans le liquide un peu louche du *Staphylococcus aureus*. On ouvrit alors l'abcès ; il contenait plus d'un litre de pus. Le foyer siégeait d'ailleurs uniquement dans le tissu cellulaire, sous le carré des lombes ; il n'y avait aucune participation des reins ou des vertèbres voisines. Pour M. Verneuil, cet abcès constitue un exemple de métastase du microbe de l'anthrax, localisé dans ce point, et ayant repris sa virulence sous l'influence du traumatisme.

M. LANNELONGUE. — *Ostéomyélites à Staphylocoques, à Streptocoques et à Pneumocoques au point de vue expérimental et clinique.* — Depuis 2 ans 1/2, il a observé 37 cas d'ostéomyélite aiguë infectieuse. Au point de vue des microbes qui l'ont causée, on peut diviser ces cas de la façon suivante : 21 dus au *Staphylococcus aureus*, 7 au *St. albus*, 1 au *St. albus et au St. aureus*, 4 cas au *Streptococcus*, 2 au *Pneumocoque* de Fränkel, 2 cas dus au *Bacille d'Eberth*. Depuis que M. Pasteur a montré, en 1880, que cette affection était le furoncle des os, de nombreuses recherches ont été poursuivies sur les microbes de l'ostéomyélite ; on doit citer surtout celles de Rodet (Lyon). Mais, jusqu'à ces derniers temps, on ne connaissait que l'ostéomyélite à Staphylocoques. MM. Lannelongue et Achard ont montré qu'il y avait des cas où le microbe à incriminer était le Streptocoque, et même le Pneumocoque. Ils ont inoculé des lapins avec ces divers microbes. Le *St. aureus* injecté a produit des abcès sous-périostiques et intra-médullaires, des infiltrations purulentes, des nécroses, des décollements épiphysaires, etc. Le *St. albus* a produit les mêmes lésions ; mais pour les obtenir il a fallu des doses plus fortes, ce qui semble indiquer que c'est une forme atténuée, au point de vue de la pathologie, du même microbe. Le *Streptocoque* fournit les mêmes désordres anatomiques, avec une plus grande fréquence des arthrites et souvent de l'érysipèle. Ce microbe se rencontre disséminé surtout dans les canaux de Havers, le périoste, les travées directrices d'ossifications. L'ostéomyélite à Streptocoques présente cliniquement quelques particularités et son diagnostic est possible dans une certaine mesure. Le tableau clinique est assez net : L'invasion est rapide et plus franche ; la température monte immédiatement à 39°, 40°, 41°, mais elle ne reste pas élevée ; au bout de 2 jours elle décline ; elle n'offre plus que les grandes oscillations caractéristiques de la pyoémie. Localement, la suppuration est plus rapide ; de suite on a du pus plus liquide, plus séreux. Il n'y a pas de bourrelet périphérique. Quand l'abcès est situé près de la peau, de suite celle-ci devient rouge ; c'est de l'inflammation angioleucitique. Le Streptocoque aime les lymphatiques, tandis que le Staphylocoque préfère le réseau sanguin et les veines en particulier : témoin l'angioleucite et l'adénite (ganglions durs, douloureux) qui ont été observées. Dans l'ostéomyélite à Staphylocoques il n'y a jamais d'adénite. Enfin, les complications articulaires sont plus communes dans l'ostéomyélite à Staphylocoques, qui aiment les séreuses comme les lymphatiques. Généralement cette forme se rencontre chez des enfants fort jeunes, même des nouveau-nés, dont les mères ont eu des antécédents puerpéraux, c'est-à-dire une infection streptococcique. Ce qu'on sait jusqu'à présent tend à prouver que si le malade n'est pas tué en 24 heures par la virulence extraordinaire du microbe, le pronostic est plus bénin. La moelle osseuse n'est pas pour ce microbe un terrain favorable ; aussi n'y cause-t-il pas de grands ravages ni des séquestres étendus. L'ostéomyélite à Pneumocoques a été observée deux fois déjà. Dans ces deux cas, il n'y avait pas de porte d'entrée apparente ; le microbe a donc dû pénétrer par la circulation générale. Ici les lésions sont encore moindres ; les articulations suppurent abondamment, mais les arthrites guérissent assez promptement ; il s'agit là du Pneumocoque de Fränkel. Les ostéomyélites à bacilles d'Eberth n'ont pas encore été suffisamment étudiées pour qu'on puisse en parler aujourd'hui.

M. VERNEUIL. — *Indications fournies au diagnostic et aux traitements des suppurations par les recherches bactériologiques.* — M. Verneuil lit sur ce point une longue communication qui ne renferme aucun fait qui ne soit connu. Il insiste sur les associations microbiennes, dont il a déjà parlé à l'Institut, le microbisme latent qu'il a signalé il y a longtemps, etc. Il termine par quelques considérations sur le traitement des abcès par les antiseptiques.

M. RECLUS. — *Hématome enflammé et suppuré au cours d'un érysipèle.* — Une femme de 40 ans présente à gauche de la ligne blanche un abcès formé dans le muscle droit antérieur. En recherchant la cause, on apprend que quelques mois auparavant, au cours d'une bronchite, elle a été prise de violentes quintes de toux, qui déterminent l'apparition d'une tumeur mollasse sur la paroi antérieure de l'abdomen. La peau avait à ce niveau une teinte ecchymotique. Il s'était fait là, sous l'influence de l'effort, une collection sanguine, quand bientôt apparurent des symptômes d'érysipèle de la face. C'est deux semaines après cet érysipèle que la tumeur molle de l'abdomen est devenue douloureuse. L'hématome avait été inoculé par les microbes de l'érysipèle contenus dans le sang. Cet abcès ouvert, on recueillit du pus et le cultiva. C'était une culture pure de Streptocoques.

M. BAZY. — *De l'origine infectieuse de certaines formes de cystite, dites* a frigore *ou rhumatismales.* — Certaines formes de cystite dites *a frigore* ou rhumatismales peuvent être rattachées à une infection partie d'un autre point du corps. Dans un cas, j'ai constaté l'apparition d'une cystite à la suite d'un abcès dentaire ; dans deux autres il y avait une bronchite avec expectoration purulente et une suppuration sous-préputiale. Ces malades ne présentaient aucun signe de tuberculose ou de blennorrhagie. Ces cystites guérissent très facilement.

M. PIÉCHAUD (Bordeaux). — *Traitement des abcès chauds sans incision.* — Depuis 10 mois, dans son service d'enfants, à Bordeaux, M. Piéchaud, au lieu de traiter les abcès chauds par l'incision, les vide à l'aide d'une ponction aspiratrice et les traite ensuite par l'injection de sublimé à 1/1000, même lorsque la peau est amincie la guérison peut se faire sans que celle-ci s'enlève. Sur 20 abcès ainsi traités, il n'a pas eu un seul insuccès, qu'il s'agisse d'abcès à Streptocoques ou à Staphylocoques. Pour lui, le sublimé est le meilleur antiseptique ; depuis qu'il l'emploie, il n'a plus le moindre accident.

M. PEYROT (Paris). — *Abcès du foie sans micro-organisme.* M. Peyrot cite l'observation qu'il a lue déjà à la Société de Chirurgie au début du mois de janvier dernier.

M. G. MARCHAND (Paris). — *Thyroïdite suppurée consécutive à une pneumonie.* — Il s'agit d'une femme de 72 ans qui, en janvier 1891, eut une pneumonie. Trois semaines après, elle présentait des douleurs dans la région du corps thyroïde. A première vue, M. Marchand hésita entre un néoplasme ou des phénomènes inflammatoires ; mais bientôt le gonflement devient œdémateux et il n'y eut plus de doute possible. La malade n'avait pas de goître auparavant. Le pus retiré à la suite d'une incision était une culture pure de Pneumocoques. Ces faits ne sont pas fréquents. On a d'ailleurs observé des thyroïdites à la suite de fièvre typhoïde.

M. Doyen (de Reims). — *Les bactéries de la suppuration.* — M. Doyen, dans cette communication, insiste sur la nécessité des examens bactériologiques en clinique, rappelle les expériences qui ont été faites pour démontrer l'existence du pus sans microbes, donne une liste des microbes aujourd'hui connus qui sont pyogènes et signale une découverte intéressante : Il a rencontré récemment un bacille très dangereux, d'aspect particulier, qui, cultivé sur de l'agar glycosé, donne en 24 heures un tel dégagement gazeux que l'agar est fragmenté. Ce microbe serait pyogène lui aussi. Il termine en se demandant s'il faut continuer à décrire séparément, au point de vue nosologique, la pyoémie et la septicémie. Pour lui, la pyoémie n'est qu'une forme spéciale de la septicémie. Marcel Baudouin.

Séance du Vendredi (soir) 3 *avril* 1891.

M. Gross (Nancy). — *Tuberculose et résection totale du tarse.* — Lorsque l'on a à intervenir pour des tuberculoses avancées du tarse, on fait généralement une amputation. La résection partielle ou totale du tarse donne pourtant de bons résultats. On a publié peu de cas de ce genre d'opération ; aussi le fait suivant présente-t-il quelque intérêt. Une femme de 23 ans, affectée d'un lupus et d'une gomme tuberculeuse de l'avant-bras, a déjà subi une résection tibio-tarsienne semi-articulaire supérieure pour une arthrite fongueuse du pied gauche. Elle présente une tuberculose tarsienne droite. M. Gross lui extirpe les 7 os du tarse sauf la lamelle calcanéenne donnant insertion au tendon d'Achille. Les suites opératoires furent simples, mais la guérison se produisit lentement; elle fut retardée par l'apparition de deux gommes au bras. Le résultat fut très bon. Des lésions étendues du tarse n'indiquent donc pas forcément une amputation de jambe. La résection du tarse est une bonne opération ; la guérison se fait en 4 à 12 mois ; le résultat définitif est satisfaisant; le pied conserve bien sa fonction et supporte aisément le poids du corps.

M. Michaux (de Paris) préconise le procédé opératoire suivant qui lui a fort bien réussi : il enlève sur la face externe du pied un très large lambeau quadrilatère qui, donnant beaucoup de jour, lui permet d'enlever en dix minutes tous les os malades, en conservant toutes les parties molles du pied. Il termine l'opération en suturant les métatarsiens aux os de la jambe et obtient ainsi un pied très suffisant. Cette méthode a l'avantage de permettre d'enlever toutes les parties malades sans entrer dans les foyers tuberculeux, ce qui permet d'avoir une réunion par première intention.

M. Poncet (de Lyon) a fait, avec plein succès, une résection totale du tarse. Cette opération est surtout indiquée chez les jeunes sujets, à condition de les garder longtemps en observation, car des récidives peuvent nécessiter une série d'opérations successives. Quant au procédé opératoire, M. Poncet croit qu'on ne peut guère donner de règles générales : l'opération est absolument atypique; pourvu que l'on ménage les tendons, les vaisseaux et les nerfs, on peut intervenir de n'importe quelle façon.

M. Roux (de Lausanne). — *Intervention chirurgicale dans les tuberculoses génitales chez l'homme.* — Il faut opérer les tuberculoses génitales mâles, même lorsqu'elles ont envahi le canal déférent et les vésicules séminales. Si l'on a affaire à une tuberculose circonscrite de l'épididyme, on doit évidemment faire disparaître ce foyer tuberculeux, mais la diffusion des lésions ne contre-indique pas l'opération. Dans deux cas, M. Roux a opéré des testicules tuberculeux s'accompagnant d'infiltration du canal déférent et de la vésicule séminale correspondante. Dans un premier temps opératoire, il a pratiqué la castration en poursuivant le canal déférent aussi loin que possible ; dans un second temps il a enlevé ce qui restait du déférent et la vésicule séminale par une sorte de taille périnéale. Il a ainsi obtenu de très bons résultats.

M. Roux, passant à un autre ordre d'idées, tient à apporter sa statistique personnelle dans la discussion, encore pendante, de la valeur de la *cure radicale des hernies.* Il a pratiqué 156 fois cette opération sans avoir une seule mort à déplorer.

M. le Dentu, au nom de M. Fabre Domergue (de Paris), recherche la signification *des Coccidies que l'on rencontre dans les néoplasmes.* MM. Malassez, Darier, Albarran, Wickham, Vincent, Hache ont trouvé ces Coccidies dans des cancers et les ont considérées comme des protozoaires ; mais M. Borel en a repris l'étude et les a décrites comme dues à des dégénérations cellulaires. M. Domergue partage cette manière de voir. Les Coccidies sont des corps arrondis, se colorant par l'aniline, possédant une membrane d'enveloppe plus ou moins épaisse, parfois striée de stries concentriques; elles possèdent un protoplasma également strié et un noyau. Les Coccidies se rencontrent dans le corps muqueux de Malpighi, sur des coupes d'épithéliomas, sous forme de corpuscules arrondis plus volumineux que les cellules voisines; elles présentent une épaisse membrane d'enveloppe, un protoplasma strié et un noyau granuleux. A un moment donné, le protoplasma tend à s'éloigner de la membrane enveloppante, le noyau s'obscurcit et, plus tard, il y a une résorption protoplasmique qui ne laisse qu'un débri cellulaire, centre d'un globe épidermique, car les cellules qui entourent l'élément dégénéré ont subi une transformation cornée. Le globe épidermique est donc dû à ce qu'une cellule malpighienne s'hypertrophie, s'altère et s'entoure des éléments voisins dégénérés. La pseudo-coccidie est cette cellule centrale dont M. Domergue a suivi l'évolution. Quand la cellule pseudo-coccidienne se rencontre dans le stroma même d'une tumeur épithéliale, on peut encore suivre ses phases de transformation et reconnaître son origine. Les corps fuchsinés des auteurs anglais sont également dus à des altérations cellulaires. Les formes regardées comme des Coccidies ne sont donc que des modifications des cellules épithéliales et rien n'établit l'origine parasitaire du cancer.

M. Albarran. — L'existence des Coccidies vraies est bien démontrée, Darier les a non seulement observées dans la maladie qui porte son nom, mais encore il les a cultivées. De plus, M. Albarran a vu des Psorospermies très nettes dans le liquide d'un kyste de la mâchoire, dans des épithéliomas vésicaux, etc. S'il existe des formes cellulaires simulant des psorospermies, cela ne prouve nullement qu'il n'y ait pas aussi des Coccidies dans les tumeurs, et il faut éviter la confusion.

MM. F. Guyon et J. Albarran. — *Sur la gangrène microbienne d'origine urinaire.* — Nous avons étudié des gangrènes à marche rapide qui surviennent chez des urinaires dont les urines sont infectées, à la suite de l'inoculation cutanée, au niveau d'une excoriation de la verge, de microorganismes contenus dans l'urine. Ces faits n'ont rien à voir avec l'infiltration gangréneuse d'urine, et on pourrait les caractériser avec le nom de gangrène foudroyante, si, en bactériologie, on ne donnait pas ce nom aux gangrènes déterminées par le vibrion septique de Pasteur, qui n'est pas l'agent pathogène dans nos observations. La gangrène foudroyante de Fovnier est de cause inconnue, sans rapport apparent avec les lésions des voies urinaires, et se termine habituellement par la guérison. Dans nos observations, le début a eu lieu au niveau du prépuce et la gangrène s'est rapidement étendue, envahissant en deux jours presque tout le fourreau et une portion du scrotum. Le sphacèle est limité à la peau et au tissu cellulaire; plus profondément il n'y a qu'une infiltration séropurulente, ainsi que dans les portions voisines du scrotum. Nos malades sont morts en six ou sept jours, sans grande élévation de température, dans l'adynamie la plus profonde. Par des expériences, nous avons démontré que l'urine d'un de ces malades, à la dose de 1 c. c. en injection sous-cutanée, produisait une plaque de sphacèle. Nos malades n'étaient ni diabétiques, comme l'a démontré l'analyse chimique faite par M. Chabrié, ni alcooliques, et les qualités septiques de l'urine étaient dues à un bacille particulier. Ce bacille a été isolé dans l'urine, dans la sérosité infiltrée des parties malades et dans le sang 2 h. après la mort. Recueilli dans une quelconque de ces trois sources, il présente des caractères de culture indentiques et des propriétés pathogènes analogues. En injection intrapéritonéale, il tue par péritonite et par infection générale; en injection sous-cutanée, sa culture sur bouillon ou sur urine produit une plaque de sphacèle; le bacille n'est autre que la bactérie pyogène urinaire, le bactérie septique de la vessie, qui a acquis des propriétés particulières de virulence. Ses caractères de culture sont les mêmes et il n'en diffère que par son action gangréneuse. Dans nos premières cultures, l'infection et la mort des animaux avait lieu sans péritonite, mais après plusieurs passages successifs, nous voyons aujourd'hui l'injection du mi-

crobe déterminer une péritonite purulente analogue à celle qui est produite par la bactérie pyogène et rien ne nous assure que notre bacille, dont la virulence a changé par rapport au péritoine, ne changera pas aussi au point de vue de son action gangréneuse. A cet égard, nous avons observé un fait intéressant. Dans l'infiltration séropurulente de notre malade, nous avons isolé un bacille chromogène, le fluorescens ou liquefaciens, qui possèdait en culture sur bouillon la propriété de tuer les cobayes en vingt-quatre heures à la dose de 1 c. c. 1/2 injectée dans le péritoine. Après avoir passé par l'organisme du cobaye, ce fluorescens avait perdu ses propriétés pathogènes et il en était de même après exposition à l'air durant sept semaines. Ce fait, qu'un bacille chromogène, le fluorescens, peut acquérir temporairement des propriétés de virulence, présente une importance considérable en microbiologie générale, mais nos recherches sont encore incomplètes sur ce point. Nous ferons ressortir aussi de notre étude qu'un bacille à virulence déterminée, la bactérie pyogène, peut, en vivant dans un milieu septique, acquérir une propriété pathogène nouvelle, la faculté de produire de la gangrène. Sans pousser plus loin pour aujourd'hui l'étude de ces faits, nous tenons à constater qu'il existe, chez les urinaires infectés, des gangrènes à marche rapide du fourreau de la verge et du scrotum, indépendantes de toute infiltration d'urine, et que ces gangrènes peuvent être dues à la bactérie pyogène urinaire ayant acquis une virulence particulière.

M. Levrat (de Lyon). — *Intervention partielle, tardive, dans les épithéliomas utérins inopérables par les méthodes locales.* — Quand on est en présence d'un épithélioma inopérable de l'utérus, on peut améliorer le sort des malades en leur enlevant les parties de la tumeur saillantes dans le vagin, en curettant tout ce que l'on peut atteindre du néoplasme et en poursuivant encore le mal avec les caustiques thermiques ou chimiques. On fait ainsi disparaître des phénomènes de résorption septique et on diminue l'écoulement ichoreux. Cette méthode donne des améliorations qui ne sont pas à dédaigner.

MM. Gangolfe et Courmont (de Lyon). — *Recherches anatomo-pathologiques, cliniques et expérimentales relatives à la fièvre amicrobienne consécutive à l'oblitération vasculaire.* — Lorsqu'un gros vaisseau est oblitéré, on voit souvent survenir de la fièvre, en dehors de tout envahissement microbien des parties mortifiées. Cette hyperthermie est due à ce que les cellules en voie de mortification sécrètent des produits solubles pyrétogènes. Les expériences suivantes établissent nettement ce fait : le bistournage du testicule chez les animaux, leur donne de la fièvre, on dehors, évidemment, de toute intervention des micro-organismes. La ligature du scrotum amène une mortification apyrétique de cette partie, mais la fièvre apparaît dès qu'on enlève le lien constricteur. En isolant chimiquement les produits solubles des organes nécrobiosés, on obtient des corps qui, injectés dans les veines, élèvent de 2° la température des animaux.

M. Rochet. — *Rétention d'urine dans la blennorrhagie aiguë.* — En dehors des causes connues de rétention d'urine dans la blennorrhagie, on peut voir survenir cet accident sans que rien n'en donne l'explication. Un jeune homme, à l'occasion d'une première chaude-pisse, fut pris brusquement de rétention complète d'urine. Aucun obstacle ne s'opposait à la miction, toutes les sondes franchissaient facilement l'urèthre, la prostate était saine. Pendant 25 jours cette rétention persista sans incommoder autrement le malade ; elle s'accompagnait d'une constipation opiniâtre ; elle céda brusquement, comme elle était venue, après un traitement par l'électricité et le seigle ergoté. Le malade n'offrait aucun stigmate d'hystérie. M. Rochet se demande s'il ne faut pas attribuer cet accident à une lésion médullaire due à une métastase du virus blennorrhagique.

M. Michaux (de Paris). — *Kyste hydatique du foie ayant envahi tout l'organe et traité par la laparotomie.* — En dehors des kystes centraux du foie, on rencontre d'énormes tumeurs hydatiques semblant avoir détruit tout ce viscère. M. Michaux cite un exemple de chacune de ces variétés. Dans un premier cas, on traita par la laparotomie un kyste central recouvert par une épaisseur de 12 cm. de tissu hépatique. L'incision de ce tissu, au thermocautère, donna une hémorrhagie telle qu'on dut tamponner la plaie et suspendre l'opération. Le second fait a trait à une énorme tumeur abdominale prise pour un kyste de l'ovaire. La laparotomie conduisit M. Michaux sur un kyste qui se rompit, donnant issue à un flot d'hydatides (13 à 15 litres). La main, introduite dans la cavité kystique, pouvait remonter dans la cavité thoracique, le diaphragme semblait avoir disparu. La malade guérit pourtant en un an et, malgré l'apparence de destruction totale du foie, cet organe s'est fort bien reconstitué.

M. Coudray (de Paris). — *Note sur l'arthrectomie et la résection intradiaphysaire dans la tuberculose du genou chez les enfants.* — Les deux observations suivantes prouvent que l'on peut parfois être obligé d'en venir à ces interventions chez les enfants atteints d'arthrite fongueuse du genou. 1° Garçon de 6 ans ; fongosités très abondantes dans l'articulation du genou ; deux abcès dus à des lésions du fémur et une fistule entretenue par une altération du tibia. Arthrectomie sous la bande d'Esmarch : dissection complète de la synoviale et extirpation des cartilages semi-lunaires ; grattage des abcès, évidement des os malades, drainage. Suppuration pendant 4 mois ; apparition d'un abcès dans le creux poplité, enfin guérison avec ankylose légère, fléchie et solide. Pas de raccourcissement au bout d'un an ; 2° garçon de 7 ans 1/2. Tuberculose du genou datant de 5 ans. Tous les traitements conservateurs échouent : arthrotomie et grattage articulaire, ignipuncture, etc. M. Coudray pratique alors l'ablation de 12 millimètres de fémur et 6 à 7 millimètres du plateau tibial. Il ne fait ni ligatures, ni sutures, ni drainage ; il se contente de faire le pansement pendant que la bande d'Esmarch est encore en place. Premier pansement au bout de 17 jours ; la consolidation est en bonne voie ; elle est complète au bout d'un mois. Ces observations montrent qu'il ne faut pas proscrire la résection intra-épiphysaire du genou chez les enfants ; cette opération est très bonne dans les cas de tuberculoses suppurées et graves du genou, qui s'accompagnent presque toujours de lésions osseuses profondes. L'arthrectomie reste seulement indiquée dans les cas où les cartilages sont absolument sains.

M. Delorme (de Paris). — *Myosite tuberculeuse.* — Cette affection est à peu près inconnue. Les quatre observations que cite M. Delorme montrent que ces myosites sont de véritables tuberculoses locales qui peuvent se présenter sous deux formes : une forme fongueuse ne s'accompagnant pas de suppuration et une forme scléreuse.

M. Reverdin a également noté un cas de tuberculose musculaire primitive.

M. Tuffier (de Paris). — *De l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical.* — Un homme de 27 ans présente une tumeur hypogastrique ronde, se prolongeant dans le petit bassin, lisse, mate, fluctuante, datant de 3 mois, faisant saillie dans le rectum et gênant la miction et la défécation. Le diagnostic porté est kyste du petit bassin, malgré des ponctions négatives. Une incision sus-pubienne conduit sur la vessie refoulée au-dessus du pubis. M. Tuffier décortique les parties latérales de la vessie, sectionne l'ouraque et attire en quelque sorte la vessie hors du ventre. Il peut alors aborder la tumeur ; elle est remplie d'hydatides ; il la vide et le malade guérit après quelques incidents. M. Tuffier montre que ces kystes ne prennent pas naissance, comme on le croit, dans la vessie, mais bien dans l'aponévrose prostato-péritonéale ; ils décortiquent le péritoine de la vessie et arrivent à la paroi abdominale en coiffant cet organe. Il faut aborder ces kystes par la voie hypogastrique en achevant de décortiquer la vessie sans ouvrir le péritoine.

MM. Hénocque et Bazy (de Paris) montrent l'*importance chirurgicale de l'analyse spectroscopique du sang.*

M. Chaput (de Paris). — *Nouveau procédé de greffe et de suture intestinale.* — Après avoir excisé sur des chiens d'importants fragments de l'intestin, on peut combler utilement la perte de substance en suturant aux lèvres de la plaie un fragment de gaze iodoformée repliée en six doubles. Les animaux ainsi traités guérissent, et à leur autopsie on voit l'intestin restauré, la gaze iodoformée s'étant éliminée en tombant dans le canal intestinal. La greffe de gaze iodoformée

est une greffe temporaire qui permet la formation d'une greffe épiploïque.

M. Phocas (de Lille). — *Contribution à la pathogénie des hydrocèles congénitales et de l'hydrocèle congénitale tuberculeuse.* — M. Phocas montre que certaines hydrocèles congénitales ne sont qu'un symptôme précoce de la péritonite tuberculeuse.

M. Ruault. — *Manuel opératoire de l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal.* — Il faut, pendant plusieurs jours avant l'intervention, antiseptiser le champ opératoire par des insufflations de poudre de salol. On opère ensuite en une séance, sous le chloroforme et, pendant 7 ou 8 jours encore, on continue l'usage des mêmes soins antiseptiques. On évite ainsi la fièvre, la céphalalgie, l'accablement qui succèdent d'ordinaire aux ablations de végétations adénoïdes.

M. Périer (de Paris). — *Contribution à la chirurgie des voies biliaires.* — D'après trois observations ayant trait à une ablation de vésicule biliaire calculeuse, à une incision de vésicule dans laquelle on ne put rien trouver, et à l'incision d'une autre vésicule renfermant plus de 300 calculs, M. Périer considère que lors d'intervention sur les voies biliaires on doit agir comme si l'on faisait une laparotomie exploratrice en pratiquant une incision médiane qu'il est facile ensuite de compléter par des débridements transversaux. On doit bien prendre soin de protéger le péritoine avec des éponges et il ne faut pas vouloir enlever la vésicule à tout prix. Généralement on doit drainer la vésicule après qu'on l'a incisée.

M. Iscovesco (de Paris) montre que la *fracture diaphysaire qui se produit pendant le redressement des tumeurs blanches de la hanche et du genou* est un accident qui n'entraîne nullement la guérison de l'affection pour laquelle on intervient.

M. Nélaton (de Paris). — *Note sur un cas de malformation congénitale de la jambe.* — Un enfant était atteint d'une déviation du pied en dehors avec incurvation du tibia. Il y avait absence de quelques orteils. M. Nélaton fit d'abord une ostéotomie cunéiforme au niveau de l'angle de coudure du tibia et redressa la jambe. Plus tard il pratiqua la résection des portions gênantes de la malléole interne et de l'astragale, il sutura les parties osseuses avivées et obtint un résultat définif excellent. Isch-Wall.

Séance du Samedi (soir) *4 avril* 1891. — Présidence de M. Panas.

M. Leduc (Clermont). — *Fibrome de la paroi abdominale adhérente au péritoine.* — Il cite une observation de fibrome de la paroi abdominale qui ne put être extirpé qu'après résection d'une certaine étendue de péritoine (8 cm./5cm.) adhérent à la face profonde de la tumeur. Celle-ci était bien reliée à l'épine iliaque antéro-supérieure par du tissu fibreux, mais ce n'était pas là un vrai pédicule. Il s'agissait d'une femme chez laquelle le fibrome apparut après une grossesse.

M. Chipault (d'Orléans). — *Deux cas de suture des tendons sus et sous-rotuliens avec la rotule.* — Le 1er cas se rapporte à un homme de 61 ans, vigoureux, qui, 5 mois auparavant, s'était rompu le tendon rotulien gauche, à son insertion rotulienne. Il y avait 4 centim. entre la rotule et le tendon et cet homme était devenu impotent, par suite de la déchirure concomitante des insertions rotuliennes des vastes interne et externe. Il sutura le tendon à la rotule, comme dans l'opération faite pour les fractures de la rotule et le malade guérit très bien. Cette opération a été faite déjà par plusieurs chirurgiens étrangers, soit qu'il y ait eu en même temps une plaie de cette région, soit qu'on avait eu affaire à une rupture sous-cutanée, comme dans son cas. Mais, d'après M. Chipault, c'est là le 1er exemple de suture ostéotendineuse après arrachement ; dans les autres faits, il s'agissait simplement de suture tendineuse. — La 2e observ. a trait à un h. de 39 ans, marinier, qui un mois auparavant s'était rompu le ligament rotulien droit à son insertion rotulienne. Il fit de même, avec succès, une suture ostéo-tendineuse sous-rotulienne. Cette opération a été faite aussi à l'étranger, soit dans une plaie, soit lors de rupture sous-cutanée.— En somme, cette suture des tendons qui s'attachent à la rotule a été faite 9 fois déjà pour des ruptures sous-cutanées : on a eu 7 succès complets, 1 fois un allongement secondaire d'un tiers et 1 récidive de la rupture ; celle-ci, traitée à nouveau, a fourni une guérison. Cette statistique est le meilleur argument à citer pour justifier ces opérations. M. Chipault croit qu'il est préférable d'opérer immédiatement après l'accident, quand on le peut, car le traitement passif est très inférieur au traitement sanglant. Les 2 seules contre-indications sont l'état général d'une part, une déchirure incomplète du ligament rotulien, car dans ce cas l'immobilisation dans l'extension suffit. Dans les deux cas, il y a eu une hydarthrose post-opératoire. Il faut utiliser le massage et l'électricité après l'opération.

M. Pozzi. — *Des blessures de l'uretère dans les laparotomies.* — Souvent on blesse l'uretère dans l'extirpation de certaines tumeurs par la laparotomie (kystes rétro-péritonéaux, intra-ligamentaires allant jusque dans les lombes, surtout s'il s'agit de kystes malins tendant à se confondre avec les parties voisines). Quand on se trouve en présence d'un tel accident, si l'on a affaire à une blessure latérale ou partielle, on peut tenter la suture des bouts ; mais si l'uretère est arraché dans une grande étendue, comme sa mortification serait certaine, il faut intervenir d'une autre façon. Chez une femme de 53 ans, ayant un kyste très adhérent sans la moindre mobilité, inclus dans le ligament large, M. Pozzi tenta d'abord l'extirpation totale. La décortication se faisant mal, il incisa la tumeur après l'avoir ponctionnée et la vida ; dès lors l'énucléation fut possible, mais très difficile dans les parties profondes à cause des adhérences. Il y avait dans le fond de la cavité 2 grands tractus tenant à la poche. On les coupa ; l'un était un nerf, l'autre était creux : c'était un uretère. Mais quel uretère était-ce ? Le cathétérisme des 2 uretères par la vessie, comme de celui qui était coupé, étant impossible, par son extrémité coupée M. Pozzi éviscéra complètement sa malade, rejeta tout le paquet intestinal sur le thorax, trouva que la filtration d'urine correspondait au rein droit, disséqua le bout supérieur de l'uretère coupé et fit une fistule urétérale dans la région lombaire droite. En outre il lia l'extrémité inférieure de cet uretère coupé près de la vessie et tamponna le péritoine. A un moment donné, cette malade avait une sonde allant des lombes dans le rein droit, une autre plongeant dans le bout inférieur de l'uretère resté dans l'abdomen ; une troisième placée dans la vessie. Il s'écoula un peu d'urine par la sonde placée dans la cavité rétro-vésicale; mais bientôt la fistule urinaire sus-pubienne guérit. Il persistait une fistule rénale droite (1), que M. Pozzi traita trois mois après par la néphrectomie. En terminant, M. Pozzi fait remarquer que la suppléance par le rein gauche s'est faite très rapidement en 8 jours. Le rein droit fistuleux pendant 3 mois était sain, sauf 2 petits points de néphrite. Il n'y a pas eu d'infection ; cela tient exclusivement à l'antisepsie de la fistule faite avec soin.

M. Forgue (Montpellier). — *Greffe osseuse.* — Un homme de 55 ans, ayant une tuberculose de toutes les gaines tendineuses du poignet, fut traité par le grattage et la thermocautérisation. Il persistait après l'opération, par suite d'ablation de parties osseuses, une énorme cavité qui, si on n'avait rien mis pour la combler, eut amené ultérieurement une rétraction de la main. M. Forgue songea à combler ce trou avec des petits morceaux d'os qu'il prit sur un chien, au niveau des cartilages juxta-épiphysaires du fémur et du tibia. Il fit de la sorte, un mois après l'opération, le marquetage de cette cavité recouverte de bourgeons charnus, à l'aide de 12 fragments osseux formés de périoste et de tissu compact. Cet homme est guéri, les os ne se sont pas résorbés et la main n'a pas éprouvé de déviation. C'est une précieuse ressource trop négligée dans les interventions sur les os. Il préfère pour la greffe les lamelles osseuses vivantes aux morceaux d'os décalcifié, aux amas de catgut ou à la paraffine, employés parfois pour combler les trous faits dans les os.

M. Hartmann (Paris). — *Kystes du pancréas.* — Une femme de 53 ans, ayant présenté des troubles digestifs variés, de la dyspepsie, du dégoût des matières grasses, des douleurs

(1) Si jamais on rencontrait à nouveau une opérée de cette nature, il serait très intéressant de faire analyser séparément l'urine du rein droit sain, fournie par la fistule, et celle du rein gauche fournie par la vessie, et de voir quelles modifications la sécrétion urinaire présente de chaque côté dans des circonstances diverses, à déterminer au cours d'expérimentations. (M. B.).

assez vives, mais pas de coliques, avait une tumeur abdominale augmentant peu à peu de volume. Elle avait un teint pâle, jaunâtre, terreux. On constata que cette tumeur donnait une sensation comparable au ballottement rénal ; elle siégeait à gauche de l'ombilic, un peu au-dessus de lui. Il y avait une zone de sonorité tympanique entre cette tumeur et le foie. On ouvrit l'abdomen, sans diagnostic précis. La tumeur refoulait en haut l'estomac, le colon en bas. Elle avait distendu l'épiploon gastro-épiploïque. On incisa le feuillet séreux qui la recouvrait, essaya en vain de la décoller, la ponctionna, en retira 2 litres de liquide chocolat et finalement la fixa à la paroi et la draina. Au bout de quelques mois, la malade mourut avec tous les signes d'une obstruction du pylore. A l'autopsie, on trouva un épithélioma kystique du pancréas. Cette malade avait présenté tous les signes classiques des kystes du pancréas : amaigrissement, dyspepsie, douleur locale, phénomènes qui sont presque constants, et tumeur siégeant au niveau du pancréas, c'est-à-dire sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale entre l'estomac et le colon, et présentant le phénomène du ballottement. — D'après M. Hartmann, en effet, le ballottement ne peut exister que pour les tumeurs en contact immédiat avec la colonne vertébrale. Quand le diagnostic est fait, — et il est faisable — il faut rejeter d'une façon absolue la ponction, qui a été suivie plusieurs fois de péritonite et faire d'emblée une laparotomie exploratrice, qui deviendra curatrice. L'extirpation est toujours très grave, à cause de l'adhérence de la tumeur, de ses rapports avec les vaisseaux et avec l'estomac auquel elle est parfois intimement unie. Il vaut mieux drainer en un temps. Il n'y a pas à craindre la fistule pancréatique, car il n'y a pas de kyste pancréatique par rétrodilatation, quoi qu'en aient dit Senny et Bœckel. On trouvera, en effet, dans la série des observations publiées, tous les intermédiaires entre les petits kystes et l'épithélioma alvéolaires et les kystes à grandes poches. Le pronostic, considéré comme bénin jadis, doit donc être au contraire réservé, car il s'agit d'un néoplasme.

M. ABADIE. — *Pathogénie et traitement de l'ophtalmie sympathique.* — L'ophtalmie sympathique est une maladie d'origine microbienne. A la suite d'un traumatisme l'œil blessé est infecté. Des lèvres de la plaie l'infection gagne de proche en proche les parties profondes envahit le nerf optique, le chiasma, pour atteindre l'œil opposé. Dès qu'une ophtalmie sympathique éclate il faut cautériser la plaie oculaire, quel qu'en soit le siège, au galvano-cautère et injecter dans le corps vitré de l'œil blessé, une goutte de solution de sublimé à 1 p. 1000. Au bout de quelques jours, cette injection devra être répétée si cela est nécessaire. On parviendra, par ce moyen, non seulement à arrêter le développement de l'ophtalmie sympathique, mais quelquefois à sauver d'une perte certaine l'œil traumatisé. Toutefois ce traitement n'est applicable qu'aux formes récentes de l'ophtalmie sympathique quand la question de sauver l'œil primitivement blessé peut être encore posée. Lorsqu'il s'agit d'une ophtalmie sympathique tardive provoquée par un moignon difforme douloureux dont la conservation ne présente plus aucun intérêt, l'énucléation ne peut être qu'avantageuse et doit être préférée à tout autre traitement. Dans ce dernier cas les frictions mercurielles à haute dose et longtemps prolongées devront toujours être associées au traitement chirurgical.

M. PHOCAS (Lille). — *Ténotomie à ciel ouvert dans le torticolis musculaire.* — Un cas a été publié par lui. Il en présente deux autres observations, relatives à un torticolis des muscles sterno-cleido-mastoïdien. La ténotomie à ciel ouvert est plus inoffensive, plus efficace, mais elle a l'inconvénient de causer une cicatrice, qui peut devenir difforme et qui, chez les enfants, au moins, peut s'agrandir, devenir kéloïdienne, etc. Il faut donc chercher à remédier à cet inconvénient. Pour cela il est indiqué de faire des incisions cutanées petites, verticales, qui doivent guérir par première intention. Une incision de 2 centimètres peut suffire, surtout dans les points où, comme au cou, la peau est mobile sur les muscles. Il suffit de tirer sur les bords de la plaie pour découvrir une partie plus étendue des tissus sous jacents.

M. PIÉCHAUD (de Bordeaux) recommande, au contraire, les incisions transversales et rapporte trois observations ayant trait à des enfants (torticolis congénital). Il ne faut pas encore rejeter totalement la ténotomie sous-cutanée, mais il faut la réserver aux tendons bien isolés ; si le muscle est épais, s'il y a des artères et des veines dans son voisinage, il faut faire la ténotomie à ciel ouvert. Pour le traitement consécutif, il recommande l'usage des minerves.

M. ISCOVESCO (Paris). — *De la suspension oblique dans le mal de Pott.* — En ce qui concerne cette affection, le procès des corsets est jugé. L'extension continue, est ce qu'il y a de mieux, mais le décubitus horizontal est insuffisant. M. Iscovesco recommande la suspension oblique, qu'on réalise à l'aide d'un plan incliné. La tête est fixée à l'aide d'une mentonnière ; pour augmenter l'extension, on ajoute des poids aux membres inférieurs.

M. A. REVERDIN (de Genève). — *Du goître et de son traitement.* — Ce travail est basé sur 14 cas de thyroïdectomie inédits (10 femmes, 4 hommes). Il n'y a eu qu'un seul décès (mort au 5e jour de ramollissement de la trachée dont n'a pas pu triompher la trachéotomie). M. Reverdin a abandonné le traitement par l'eau de Challes. Il préfère l'iodoforme à l'intérieur en pilules. Il n'opère jamais sans avoir demandé à ce médicament tout ce qu'il peut donner, à moins d'urgence. Il ne faut enlever que le tissu pathologique et l'énucléation est bien la méthode de choix. Il fait une incision médiane unique. Il faut ménager à tout prix le sang et abuser des pinces à forcipressures. Il est inutile de laver la poche d'énucléation à l'acide phénique.

M. PICQUÉ (de Paris). — *Un cas de cholécystotomie.* — Femme de 50 ans, ayant des troubles gastriques depuis 10 ans et une tumeur dans la région hépatique, formée par la vésicule biliaire distendue. A l'ouverture de celle-ci on trouva un gros calcul qu'on parvint à extraire. On crut trouver à côté de la vésicule un foyer pelvi-péritonite ou un néoplasme. La malade guérit de l'opération ; mais trois mois après elle maigrit et l'on porta alors le diagnostic de cancer.

M. BOISLEUX (de Paris) lit une longue communication sur l'*asepsie et l'antisepsie dans les opérations gynécologiques* (déjà publiée).

M. COMBE. — 200 *opérations de petite chirurgie de la bouche, pratiquées à l'aide de la cocaïne en injections. Résultats. Mode d'emploi. Avantages sur le chloroforme.* — M. Combe insiste surtout sur l'emploi d'une solution fraîche. Il injecte d'abord 1 centigramme et attend 5 minutes avant d'en injecter 2 à 3 autres, car d'après lui, les accidents surviennent immédiatement, pour les gens prédisposés, même à la dose de 1 centigrame. Pour la chirurgie buccale, il n'est pas douteux que la cocaïne présente de grands avantages.

M. GUERMONPREZ (de Lille). — *Résection des os de l'avant-bras pour permettre la cicatrisation dans les grands traumatismes de cette région.* — Dans certains traumatismes de l'avant-bras, presque toutes les parties molles sont détruites, mais les os ne sont pas atteints. Autrefois on faisait dans ces cas l'amputation ; maintenant on tente la conservation. Mais souvent la cicatrice, trop retractée, provoque des douleurs : il faut alors raccourcir les os. On en résèque pour cela une certaine étendue. On obtient de très bons résultats quand on se sert de la scie à marquetterie et de la suture osseuse.

Présentation d'instruments.

M. A. REVERDIN (de Genève) présente un *sac de voyage pour transporter les instruments de chirurgie.*

M. LEVRAT (de Lyon) montre un *appareil à coxalgie,* d'un prix fort modique, destiné à remplacer la gouttière de Bonnet.

M. le Dr de PEZZER. — *Sondes très flexibles en caoutchouc pur et d'un mandrin articulé.* — Il présente des sondes en caoutchouc pur à parois très minces et par suite à calibre très grand. L'instrument est extrêmement souple et flexible et peut rester dans le canal et la vessie sans les irriter. Une extrémité conique permet de recevoir facilement le bout de la seringue pour les lavages. Un modèle est destiné à rester à demeure ; il est constitué par un tube terminé par une petite sphère de la grosseur d'une cerise. Cette sphère s'applique sur la face interne de l'orifice vésical ; elle est percée de trous pour le passage des liquides et maintient la sonde, sans qu'elle puisse être expulsée par les contractions vésicales. Il est inutile de fixer cette sonde par les liens ordinaires :

elle tient de partout, dans la vessie par la boule et le long de l'urèthre, par le tube de caoutchouc qui épouse toutes les formes du canal. Pour introduire cette sonde, on la munit d'un mandrin qui en venant presser contre la boule terminale, l'allonge et lui donne le calibre de la sonde ; la boule pénètre donc aussi facilement dans l'urèthre que la sonde elle-même. Dès que la boule a pénétré dans la vessie, ce qui s'annonce par la sortie de l'urine, etc., on retire le mandrin et la boule reprenant sa forme et son volume reste à demeure jusqu'à ce qu'on veuille la retirer en exerçant sur elle une traction suffisante. Ce nouveau modèle de sonde a été essayé avec succès chez plusieurs malades des deux sexes dans les services de MM. les P[rs] Guyon et Verneuil. Sa fabrication en caoutchouc pur permet de la stériliser en la faisant bouillir ou dans toutes les solutions antiseptiques d'usage. La minceur des parois donne à ces sondes un canal de diamètre trois fois plus grand que celui des sondes Nélaton ; aussi les malades qui peuvent se servir de sondes molles, les préfèrent-ils aux sondes Nélaton ; ils peuvent se passer des numéros plus petits. Les mandrins qui servent à introduire au besoin peuvent être quelconques. Cependant en voici un qui se maintient droit dans le canal et qui se coude automatiquement en arrivant à la prostate. Il a été construit pour éviter — ce qui se passe dans la forme coudée ordinaire — de distendre le canal dans toute son étendue, de la distance qui sépare deux parallèles dont l'un, passe par le bec et l'autre par le sommet de l'angle.

Après quelques paroles prononcées par M. le P[r] Guyon, président, pour remercier l'assemblée, la cinquième session du Congrès français de Chirurgie est déclarée close.

Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle (avril 1891) (*Fin*).

Séance du 3 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

M. HALLOPEAU présente un malade qu'il considère comme atteint d'une *Angio-névrose avec alopécie pseudo-peladique et vitiligo*. La maladie se caractérise par le développement de plaques au niveau desquelles le pigment disparaît : les poils ou les cheveux tombent; la sensibilité s'atténue; les piqûres ne saignent plus. Tout autour, zone d'hyperpigmentation. Ces plaques présentent au début des stries atrophiques ressemblant à des vergetures : leur distribution est symétrique. Au cuir chevelu l'affection simule la pelade : quand les cheveux repoussent, ils sont blancs, mais les plaques dénudées ne sont ni circulaires, ni polycycliques; leur surface n'a pas l'aspect éburné. Les plaques sont ischémiées et partiellement anesthésiées. On n'y retrouve pas le parasite de MM. Vaillard et Vincent, tandis qu'on le trouve chez presque tous les peladiques vrais. Tous les symptômes indiqués peuvent s'expliquer par une excitation spasmodique des muscles vaso-constricteurs; il s'agit selon toute vraisemblance d'une angio-névrose. En produisant des anémies locales, sous l'influence d'excitations réflexes, elle donne lieu à l'anesthésie, à l'achromatose et à l'hyperchromatose, ainsi qu'à la chute des poils; on a décrit des vitiligos et des alopécies d'origine nerveuse mais dans aucun cas, jusqu'ici, ces altérations n'avaient été vues réunies en foyers et subordonnées à un spasme vasculaire ; à ce titre, cette maladie paraît constituer une variété nouvelle d'angio-névrose.

M. BARTHÉLEMY présente un malade atteint de *chancre syphilitique du prépuce*. En raison de son siège on aurait pu penser à en faire l'excision. Celle-ci n'aurait amené aucun résultat favorable, par suite d'une lymphangite précoce qui indiquait que la lésion n'était pas seulement locale.

M. AUGAGNEUR (de Lyon). J'ai vu un cas dans lequel l'excision a été faite dans des conditions favorables qui ne se présentent que bien rarement puisqu'elle a été faite avant l'apparition du chancre, et pourtant la syphilis n'en a pas moins suivi son évolution normale. Voici en quelles circonstances : Il s'agissait d'un malade qui était atteint de blennorrhagie récente et qui présentait un phymosis pour lequel l'excision du prépuce fut pratiquée. Or, quelques semaines après, ce malade se trouvant encore dans le service, nous vîmes survenir une roséole typique en même temps qu'une adénopathie inguinale mettant sur la voie du diagnostic local. L'accident initial de la syphilis n'est pas seulement le chancre, mais aussi tout département lymphatique allant jusqu'aux premiers ganglions. L'excision du chancre est donc une opération incomplète et inutile.

M. BROUSSE (de Montpellier) lit une observation de *Peladoïde tropho-névrotique*. Il s'agissait d'une alopécie à peu près complète du cuir chevelu survenue chez une femme très nerveuse et à l'occasion d'une émotion violente dans le cours d'une grossesse. Des douleurs survinrent d'abord puis des plaques d'alopécie et enfin la guérison. Sous les mêmes influences se montrèrent quatre atteintes successives. Il y avait, en outre de la pelade des sourcils, des poils du pubis et de l'aisselle. Pas de contagion pour les membres de la famille de cette malade.

M. AUGAGNEUR (de Lyon) fait une communication sur *la nature et le traitement du prurigo de Hebra*. L'affection est très commune à Lyon chez les enfants, mais très rare chez l'adulte. Il a repris l'étude des causes que l'on assigne ordinairement à cette maladie : dilatation de l'estomac, hérédité, contagion, scrofule, et il a pu se convaincre de leur peu d'importance. Il croit trouver cette cause dans les conditions d'habitation et dans l'encombrement surtout. En effet, on voit les symptômes de la maladie diminuer à un certain âge : c'est précisément lorsque finit l'âge de la scolarité. A noter encore l'excellente influence du séjour au grand air. Si les éléments éruptifs ont disparu, il suffit de replacer le malade dans les mêmes conditions de confinement pour les voir reparaître en trois ou quatre jours. A noter enfin que la maladie sévit surtout dans les villes et parfois sur plusieurs personnes vivant dans les mêmes mauvaises conditions d'hygiène. M. Augagneur fait remarquer que Hebra avait noté la mort de ces malades par tuberculose. C'est une toxémie par encombrement. M. Augagneur traite les malades par l'acide phénique à l'intérieur (de 0,20 à 0,60 centigr. par jour). Le prurit disparaît et le malade guérit. Les récidives chez les malades ainsi traités sont bien plus rares que chez les autres.

MM. H. HALLOPEAU et E. JEANSELME. — *Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par une poussée de morve aiguë.* — L'infection farcino-morveuse a été incomplètement décrite au point de vue dermatologique. Il en résulte qu'elle peut passer facilement inaperçue dans nos services spéciaux, au grand détriment des malades, qui ne peuvent pas être soignés en temps utile, de l'hygiène publique, pour laquelle leur présence dans les salles communes constitue un réel danger et de notre science, qui reste incomplètement éclairée sur ce sujet. Un fait que nous avons observé récemment sur un charretier qui avait été en contact avec un cheval malade, montre que l'on peut reconnaître cette infection d'après ses caractères cliniques. L'histoire pathologique de ce malade peut être divisée en trois périodes. La première est caractérisée par des accidents fébriles, par l'augmentation des sécrétions nasales, par des douleurs pseudo-rhumatismales et surtout par une série d'abcès dont la plupart deviennent fistuleux; grâce à l'emploi du thermo-cautère, cette première période se termine par une guérison apparente qui se maintient pendant trois ans; une aussi longue intermission n'a été signalée dans aucun cas non suivi de guérison. La seconde période est marquée par une nouvellle série d'accès et par des ulcérations destructives à caractères tout particuliers, des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres ; cette dernière localisation n'a pas été signalée jusqu'ici. La troisième période est constituée par une poussée de morve aiguë à laquelle le malade succombe. Cette évolution est tout à fait caractéristique; elle suffirait à éclairer par son ensemble ceux qui ne seraient pas arrivés plus tôt au diagnostic. Mais nous croyons être actuellement en possession de données qui permettent de reconnaître la maladie avant sa terminaison, abstraction faite des commémoratifs : on doit y penser quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès, des ulcérations des fosses nasales, des lèvres, du voile du palais, ou une tumeur de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec du jetage; ces ulcérations succèdent le plus souvent à des néoplasies d'aspect inflammatoire; elles se différencient des ulcérations syphilitiques et tuberculeuses par leurs bords renversés, déchiquetés, leur fond anfractueux, d'où émergent des mamelons jaunâtres ; leur vaste décollement, l'état turgescent et la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent, la déformation étrange et hideuse qu'elles produisent. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu

de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que toute la lèvre supérieure. La poussée terminale de morve aiguë peut être également distinguée de l'érysipèle avec lequel elle a été confondue : la rougeur et la tuméfaction sont plus fixes et ne se terminent pas par un bourrelet saillant : il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire; il survient secondairement une éruption de pustules jaunes caractéristiques distincte des phlyctènes érysipélateuses et enfin des eschares. Un liquide huileux suinte de leurs sillons d'élimination.

Les études bactériologiques et expérimentales qui ont servi à mettre au-dessus de toute discussion le diagnostic d'une infection farcino-morveuse peuvent être résumés ainsi qu'il suit: 1° Les bacilles de la morve ont été trouvés dans le pus de trois abcès reconnus farcineux par le résultat positif d'inoculations et aussi, mais plus difficilement, dans le pus du jetage et de l'ulcération labiale ainsi que dans le liquide qui suintait dans le sillon d'élimination de l'eschare nasale; ils étaient nombreux dans le liquide très virulent que secrétaient les conjonctives : dans l'un des abcès, les bacilles morveux étaient associés à des staphylocoques; 2° nous avons obtenu des cultures sur les divers milieux nutritifs susceptibles d'être mis à l'étuve. Sur la pomme de terre, nous avons constaté le développement d'une couche d'aspect glacé qui parfois, dès le quatrième ou le sixième jour, prenait une nuance ambrée et plus tard une coloration franchement brun rougeâtre; 3° des inoculations ont été pratiquées sur des cobayes au nombre de trente-six, soit par scarification ou injection sous-cutanée, soit le plus souvent par injection intra-péritonéale ; ce dernier procédé, préconisé par M. Straus, donne les meilleurs résultats; il permet d'obtenir dès le second jour, et quelquefois vingt-quatre heures seulement après l'inoculation, la vaginalite caséo-suppurée caractéristique; 4° de même que certaines cultures périssent en quelques jours, et que d'autres, placées dans des conditions en apparence identiques, conservent parfois leur vitalité pendant des mois, de même certains abcès deviennent rapidement stériles, c'est-à-dire guérissent, tandis que d'autres gardent leur virulence, c'est-à-dire passent à l'état fistuleux ; 5° un âne inoculé avec une de nos cultures sur pommes de terre par M. Trasbot, à Alfort, a succombé à la morve; 6° l'injection de l'urine, recueillie pendant la poussée terminale, n'a donné que des résultats négatifs.

M. E. Besnier. — *Sur un cas de farcinose mutilante du centre de la face.* — En présence d'une lésion mutilante chronique de la face, on pense à la syphilis, à la tuberculose, à la lèpre, à l'épithéliome, aux lésions hybrides telles que le cancer et la syphilis, mais on ne pense pas à la morve qu'on se représente comme une affection aiguë. A ces affections il faut pourtant ajouter la morve qui peut évoluer d'une façon chronique. Il vient de mourir dans mon service un malade âgé de 25 ans, palefrenier, qui présentait au centre de la face des lésions mutilantes simulant une syphilis térébrante : il y avait une série ininterrompue d'infiltrations, d'ulcérations, et destructions ayant envahi la cavité buccale. Sur une base infiltrée, rouge, livide, pâteuse, se développe le bouton farcineux qui se ramollit rapidement, se perfore et donne issue à un liquide puriforme. La lésion s'accroit puis s'arrete dans son extension mais elle produit des décollements et gagne en profondeur. En même temps que le processus d'évolution chronique il y a un second processus de cicatrisation. Mon malade avait sur le bras une gomme farcineuse qui s'était ainsi terminée par cicatrisation spontanée. Les recherches microbiennes pouvant rester négatives, l'inoculation aux animaux s'impose de même que les cultures. Si l'on tente l'inoculation aux chiens, on voit apparaître en trois ou cinq jours un chancre morveux avec les bacilles de morve, mais il s'agit ici d'un accident local qui guérit sans amener la mort de l'animal. En pratiquant sur un cobaye une inoculation intrapéritonéale on voit, comme l'a indiqué M. Straus, survenir une tuméfaction caractéristique des testicules de l'animal. Les résultats les plus rapides et les moins coûteux sont obtenus par les inoculations sur la souris des champs. L'âne n'est donc plus nécessaire comme on le croyait autrefois. Pour en revenir à mon malade, il avait d'abord présenté une morve chronique du poumon puis, 18 mois après, une gomme farcineuse du bras et enfin des altérations morveuses de la face qui avaient débuté sur le canal nasal.

M. Quinquaud. — J'ai fait des inoculations avec du pus provenant des boutons farcineux de ce malade. Un cobaye a succombé au bout de dix jours avec des granulations viscérales multiples dans lesquelles existait le bacille court de la morve. Le pus ensemencé sur pommes de terre a donné la culture caractéristique blanche, jaune, puis brune. Une injection de cette culture dans la saphène d'un chien a déterminé, trois jours après, des nodosités cutanées et sous-cutanées, et la mort de l'animal car il est à noter, ainsi que le faisait remarquer M. Besnier, que l'injection sous-cutanée du virus morveux ne détermine pas la mort de l'animal, tandis que l'injection intraveineuse le fait périr. En filtrant cette culture et en injectant encore au chien le produit ainsi privé de microbes, on détermine encore la mort de l'animal, qui succombe alors avec d'autres lésions et par une sorte d'intoxication spéciale par produits solubles. J'en ai retiré une substance cristallisable qui reproduit cette même intoxication. Les cultures du sang, de l'urine d'un morveux restent stériles, mais leur injection reproduit cette même intoxication. C'est donc bien ce produit soluble qui infecte l'organisme. Il se produit des lésions hématiques, de l'hypoglobulie, une diminution de l'oxygène du sang, de son hémoglobine, une désalbuminémie, une légère hyperglycémie, enfin une augmentation de l'urée du sang.

M. Morel-Lavallée. — Si le diagnostic de morve chronique est difficile, celui de morve aiguë ne l'est guère moins. J'ai vu un cas qui simulait un érysipèle phlegmoneux et gangréneux avec phlyctènes noirâtres.

M. Brocq. — *Nouveaux détails sur la destruction des poils par l'électrolyse.* — Modifications apportées à la méthode de l'auteur, portant sur les aiguilles, sur l'anesthésie préalable. Emploi de courants très faibles. Il faut se garder d'opérer deux poils trop voisins et bien savoir qu'un certain nombre de poils repoussent même après l'opération la plus complète.

Séance du 4 avril. — Présidence de M. Lailler.

MM. Hallopeau et Claisse présentent un malade atteint *d'une nouvelle variété d'éruption acnéiforme agminée de la face.* Les éléments éruptifs présentent des analogies avec ceux de l'acnitis de M. Barthélemy mais ils en diffèrent par leur début intra-dermique et non sous-dermique, leur groupement en plaques dont la configuration rappelle celles du zona, la non suppuration de la plupart d'entre eux, leur localisation exclusivement faciale. Si ce fait se rattache à l'acnitis de M. Barthélemy il en constitue une nouvelle variété.

M. Abadie : *De certaines manifestations oculaires graves de la syphilis et de leur traitement.* La syphilis oculaire n'est pas encore bien connue. En ce qui concerne la kératite parenchymateuse par exemple, on ne sait pas assez qu'elle peut être très fréquente et très grave dans la syphilis héréditaire et qu'elle peut amener une cécité absolue. Dans les formes légères, on peut donner l'iodure de potassium, mais dans les formes graves, quand la cornée est entièrement prise, quand les lésions se diffusent à presque toute la surface de l'œil, l'iodure ne produit presque aucun résultat. Rien ne vaut alors les injections sous-cutanées de sublimé à un centigramme tous les deux jours pendant un assez long temps. Après 25 ou 30 injections, la cornée reprend sa transparence et le malade guérit. Si l'on associe l'iodure et le mercure on aggrave l'état de la cornée qui devient sanglante et se ramollit. Il est d'autres manifestations oculaires localisées aux membranes profondes, à la rétine, à la choroïde sans que rien les traduise extérieurement. Leur pronostic est encore très grave. Ce sont encore des accidents tardifs de la syphilis héréditaire. Ici encore l'iodure est plutôt nuisible et les meilleurs résultats sont obtenus avec les injections générales ou même locales de sublimé. Dans la syphilis des vieillards les manifestations oculaires ne sont pas rares : elles sont encore graves et tenaces,

M. Vidal insiste, comme M. Abadie, sur le mauvais effet de l'iodure de potassium sur ces kératites spécifiques.

M. Brousse rapporte une observation d'un malade qui présentait *sept chancres syphilitiques de la face.* Contamination probable par un rasoir.

M. Tenneson : *Sur le traitement du prurigo de Hebra.* — Nous sommes habitués à considérer cette dermatose comme une affection incurable qui remplit toute l'existence s'accom-

pagnant, il est vrai, de modifications, de rémissions, mais dont rien ne peut empêcher l'évolution. J'ai donc été très surpris d'entendre M. Augagneur nous dire que le prurigo de Hebra guérit et qu'en faisant usage de l'acide phénique à l'intérieur le nombre des récidives est minime. Je crois que le prurigo auquel a eu affaire M. Augagneur diffère du vrai prurigo de Hebra. Dans celui-ci, l'acide phénique échoue comme toutes les autres médications. Je me refuse aussi à admettre qu'une dermatose semblable soit produite par une intoxication ou une auto-intoxication. Sa cause réelle demeure inconnue. Le traitement que j'ai employé, guidé par les idées de M. Jacquet, sur le prurit et les éléments éruptifs n'a pas la prétention de guérir la maladie, mais il fait disparaître la démangeaison. C'est un pansement ouaté, un pansement par occlusion. Au bout de 24 ou 48 heures, le prurit disparaît complètement. Que l'on supprime alors l'occlusion et néanmoins le prurit ne se reproduira pas immédiatement. Ce n'est qu'après plusieurs semaines ou même des mois qu'il reviendra. Quoi que nous enseigne la physiologie, le pansement occlusif complet n'a aucun inconvénient. Je le pratique au moyen de toiles imperméables ou de colles, bien que celles-ci aient l'inconvénient de se ramollir par la chaleur du lit.

M. Augagneur est convaincu que chez l'enfant le prurigo de Hebra peut être arrêté dans son évolution. Il est possible que les cas dont parle M. Tennesson et qui ne guérissent pas, soient du prurigo invétéré chez des adultes. M. Augagneur ayant un service d'enfants et M. Tennesson un service d'adultes, les cas peuvent ne pas être comparables, mais il s'agit bien dans les cas qu'il a visés du prurigo d'Hebra.

M. Vidal. — *Du lichen simplex.* — Cette variété de lichen distraite à tort par Hebra du groupe lichen pour le faire rentrer dans l'eczéma, présente dans ses lésions des analogies avec l'urticaire. On peut voir la coexistence des deux éruptions. Les papules qui sont rosées, acuminées ou coniques présentent une pointe blanche centrale, entourée d'une auréole rosée et si l'on tend la peau on a en petit la lésion de l'urticaire. L'éruption est précédée par de vives démangeaisons. La poussée dure plusieurs jours ou même des semaines. Les lieux d'élection sont la face, le cou, les membres, les mains, les avant-bras, les jarrets. Si le malade se gratte, la papule est excoriée et cette complication peut alors en imposer pour de l'eczéma, d'où l'erreur commise. La tendance de l'éruption à la symétrie est remarquable surtout sur les membres. L'affection peut être aiguë ou chronique et dans ce cas il peut y avoir des poussées aiguës. La lésion principale porte sur les papilles du derme. Ce lichen se rapproche du lichen plan et doit être réintégré dans le groupe lichen.

M. Hallopeau. — *Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.* — La description de la maladie que l'auteur a fait connaître sous ce nom repose sur deux observations qui ont été toutes deux communiquées au Congrès international de dermatologie, la première par lui-même, la seconde par M. Feulard; il a pu depuis lors suivre le malade de M. Feulard, d'abord dans son propre service, puis à Jouy, près de Chartres, où il habite; il a pu ainsi observer de nouvelles manifestations de la maladie. Celle-ci est essentiellement constituée par la production successive et continue, aussi longtemps que le traitement ne vient pas l'enrayer, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissant excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques poly-cycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement à la périphérie, deviennent végétantes, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer. Ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée et se développer également sur la muqueuse buccale; parfois ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. Depuis un an, le caractère végétant de l'éruption s'est accentué au cuir chevelu et à la face au point d'y devenir son trait dominant. L'aspect du cuir chevelu était, au mois de juin, des plus remarquables : une plaque éruptive l'occupait presque entièrement, formant une saillie d'un centimètre : *elle était creusée de sillons profonds qui la divisaient en circonvolutions identiques par leur configuration à celles du cerveau;* leur couleur est rouge pâle, leur consistance molle; elles sont le siège d'un prurit intense; leurs faces verticales sont excoriées et le siège d'une sécrétion puriforme peu abondante. La maladie a d'ailleurs continué à évoluer en diverses régions. Un des caractères le plus remarquable de cette maladie est la tendance qu'ont ces manifestations à disparaître entièrement ou peu s'en faut; il en est ainsi des saillies végétantes; elles se sont graduellement affaissées et elles sont actuellement presque complètement effacées.

M. Morel Lavallée fait une communication sur les *effets de l'administration du mercure à l'intérieur dans le rhumatisme blennorrhagique.* Un premier malade atteint d'arthropathie blennorrhagique avait été seulement amélioré par le traitement ordinaire et les eaux d'Aix. Il ne fut guéri qu'en prenant pour des accidents syphilitiques concomitants des pilules de protoiodure. Un second malade atteint d'un rhumatisme blennorrhagique avec atrophie musculaire qui résistaient à tous les traitements, fut guéri rapidement par le traitement mercuriel. Quelle est dans ce cas l'action du mercure? C'est ce qui reste à déterminer par de nouvelles recherches.

M. Morel Lavallée fait une seconde communication sur un cas *d'érythème salolé à déterminations graves.* Pour une otite externe de cause syphilitique, une malade avait introduit dans son conduit auditif une forte quantité de salol. Le lendemain, en même temps qu'apparaissaient des phénomènes réactionnels graves, on voyait survenir du gonflement du pavillon de l'oreille, avec rougeur violacée et vésicules, puis une angine œdémateuse par propagation par la trompe d'Eustache. Dyspnée intense, puis amélioration sous l'influence de pulvérisations émollientes. Le salol, si bien toléré par le tube digestif, est au contraire dédoublé et mal toléré lorsqu'il est appliqué sur la peau.

M. Eraud (de Lyon). — *Des raisons qui semblent militer en faveur de la non spécificité du gonocoque.* — Il existe dans l'urèthre normal un diplocoque qui se comporte, sous l'influence des colorants, comme le gonocoque. L'un et l'autre sécrètent une diastase qui, injectée dans le tissu cellulaire, n'est pas pyogène, mais qui, injectée dans le testicule d'un animal produit l'orchite, la suppuration de la vaginale, puis l'atrophie du testicule. L'intervention des microbes n'est donc pas nécessaire pour produire la suppuration. M. Eraud se croit autorisé par ses expériences à mettre en doute la spécificité du gonocoque : c'est le terrain qui fait la virulence.

M. Balzer fait une communication sur *l'albuminurie au cours de la blennorrhagie.* Dans la blennorrhagie aiguë, simple ou compliquée de cystite ou d'orchite, l'albuminurie est assez fréquente (12 0/0 environ), mais elle peut aussi faire défaut alors que les complications précédentes existent. Elle peut être intermittente et ne dure en général que quelques jours. Dans cette albuminurie, les balsamiques semblent avoir une action défavorable. Il est possible que certains de ces cas d'albuminurie s'expliquent par des lésions rénales ascendantes, mais il faut aussi faire la part du processus infectieux. Il est donc nécessaire d'examiner au point de vue de l'albumine l'urine des blennorrhagiques.

M. E. Besnier demande si M. Balzer a vu la mort survenir à la suite de cette albuminurie blennorrhagique. Il a vu pour sa part un cas de cet ordre avoir une issue funeste.

M. Ferras communique le résultat de ses recherches sur les *troubles nerveux d'origine syphilitique* et étudie spécialement le tabes non confirmé. Paul Raymond.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Tripier (de Lyon) rapporte l'observation d'un jeune homme atteint *d'angiôme capsulaire sous-séreux du genou, guéri par extirpation.* C'était un garçon de 18 ans, affecté de douleurs dans le genou gauche depuis son enfance, et qu'on croyait atteint de tumeur blanche. La tuméfaction qui siégeait à la face interne du genou augmentait si on liait la cuisse; elle diminuait si l'on élevait le

membre. En la comprimant elle semblait [illegible] sans que les culs-de-sac synoviaux se gonflent. L'idée de sarcôme télangiectasique écartée à cause de la longue durée de l'affection on admit un angiôme simple développé dans la couche parostale. L'extirpation fut faite au moyen d'une incision parallèle au membre, et terminée par la cautérisation des parties qui n'avaient pu être enlevées. Réunion par première intention. Disparition des douleurs. Les mouvements sont aussi amples qu'avant l'opération et le malade peut marcher longtemps sans fatigue.

M. Polaillon communique un *cas d'hermaphrodisme* complété par l'autopsie et l'examen histologique. Il s'agit d'une femme de 25 ans n'ayant jamais été réglée. Les organes génitaux externes étaient bien conformés, mais le vagin n'était représenté que par une petite dépression de deux centimètres à peine. L'utérus manquait totalement. Dans le trajet inguinal existaient deux tumeurs grosses, comme une noix, dures, réductibles, douloureuses à la pression. Ces tumeurs n'étaient autres que des testicules atrophiés dans lesquels l'examen histologique reconnut des tubes séminifères sclérosés, remplis de cellules épithéliales atrophiées. Aucune trace de prostate.

M. Magnant (de Gondrecourt) communique plusieurs observations de plaies de mauvaise nature, atoniques et guéries par *des injections de lymphe humaine* provenant de sujets sains et conservée à l'abri de l'air après avoir été chauffée à une température de moins de 70° pendant un temps prolongé.

Election *de deux correspondants nationaux.*

Première Election. Sur les 59 votants, obtiennent : M. Morvan (de Lannilis), 45 voix (Elu) ; M. Farge, (d'Angers) 6 voix ; M. Bouchard (de Bordeaux), 5 voix ; M. Duché (d'Ouanne) 2 voix ; Bulletin blanc, 1.

Seconde Election. 1er Tour. Sur 59 votants obtiennent : M. Bouchard, 25 voix ; M. Farge, 19 : M. Duché, 12 ; M. Niepce (d'Allevard) 2 ; Bulletin blanc, 1.

Second Tour : Sur 55 votants, obtiennent : M. Bouchard, 38 voix (Elu) ; M. Farge, 10 ; M. Duché, 5 ; Bulletin blanc, 2.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 avril 1891. — Présidence de M. Polaillon.

Suite de la discussion sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale.

M. Bazy est d'avis qu'une indication bien nette de l'hystérectomie vaginale dans les suppurations pelviennes est l'existence de *fistules vaginales persistantes ouvertes dans le vagin.* M Segond n'ayant pas insisté sur ce point, il tient à citer l'observation suivante :

Femme de 32 ans, ayant eu après un accouchement des pertes abondantes, puis une péritonite très grave. Abcès ouvert dans le vagin. Fistule dans un des culs-de-sac. Drainage. Amélioration seulement. Laparotomie, guérison ; mais persistance de la fistule. Hystérectomie vaginale pour débrider l'abcès. L'opération fut très facile.

En terminant, M. Bazy insiste sur ce fait que par l'hystérectomie vaginale on peut enlever des ovaires sains. Etant donné la difficulté du diagnostic des lésions des annexes, il préfère la laparotomie.

M. Segond a déjà fait remarquer qu'il ne fait l'hystérectomie vaginale que dans les cas où il a diagnostiqué des lésions bilatérales. D'ailleurs M. Bazy sait bien qu'on a enlevé aussi des ovaires sains au cours de laparotomies. Est-ce une raison pour qu'on doive rejeter cette opération ? Il ajoute que M. Péan a insisté depuis longtemps sur les avantages de l'hystérectomie vaginale dans les cas de fistules vaginales. D'ailleurs il a opéré déjà trois malades dans ces conditions.

M. Berger fait un long rapport sur deux intéressantes communications de M. Picqué : 1° *Considérations [illegible] et cliniques sur l'encéphalocèle.* Un [illegible], un enfant de 15 jours, présentant une encéphalocèle de gros volume, aussi grosse qu'une tête de fœtus à terme, fluctuante, avec des parties solides vers le pédicule, non transparente, ne présentant pas d'impulsion, nullement pulsatile, nullement [illegible] à la compression, était dans un état semi-comateux. Il était ainsi depuis sa naissance. M. Picqué ponctionna au bistouri la tumeur, après incision des téguments, puis l'ouvrit et trouva une poche constituée par de la matière cérébrale. Les parois étaient formées par de la substance nerveuse, adhérente à la dure-mère, adhérente elle-même à la peau. Cette poche avait un pédicule allant vers le lobe occipital, comme cela se voit ordinairement. Mais, dans la même poche tégumentaire, au-dessous de la précédente, existait encore une autre tumeur ayant l'apparence d'un lobe du cervelet. On la ponctionna aussi et recueillit le liquide qu'elle contenait. On réséqua ces deux poches. Guérison. L'opéré vit encore et semble dans un état moins comateux qu'avant l'opération. C'est donc un succès. — Les considérations dont M. Picqué fait suivre cette observation sont fort intéressantes. Cette encéphalocèle ne ressemble en rien à celles qu'ont opérées MM. Berger et Périer et qui ont servi à la rédaction du travail de M. Berger (*Rev. Chir.*, 1890). On sait que M. Berger a regardé ces dernières comme des encéphalomes, se rattachant aux premiers jours de la vie embryonnaire, se développant à une époque où les cellules cérébrales ne sont pas encore différenciées en cellules cérébrales proprement dites et cérébelleuses, c'est-à-dire admis la théorie oubliée de I. Geoffroy-Saint-Hilaire. Or, la tumeur observée par M. Picqué contenait et un prolongement du cerveau et un prolongement du cervelet (1). Toutefois, ce fait ne plaide pas non plus en faveur de la théorie de Spring (perforation pathologique du crâne), à cause de la situation nettement médiane de la tumeur, de l'absence de pédicule allant vers les ventricules, des caractères du liquide qu'elle contenait et qui a été analysé par M. Patein (il contenait une plus grande quantité de matières albuminoides que de liquide céphalorachidien). Le fait de M. Picqué n'est pas favorable non plus à la théorie d'Ackermann. En ce qui concerne le manuel opératoire suivi, il importe de remarquer que M. Picqué a ouvert la tumeur avant de la disséquer, ce que n'avaient pas fait MM. Périer et Berger. Cette incision préalable n'est pas nécessaire, mais elle permet peut-être d'éviter les phénomènes de décompression brusque de l'encéphale. L'opérée de M. Berger continue à bien aller. Elle s'est bien développée, parle maintenant et se comporte comme une enfant du même âge. Pour lui, l'opération est efficace, même lorsqu'il y a des troubles cérébraux. — 2° *Spina bifida extirpé.* Fille de 15 jours ayant un spina bifida lombosacré, à enveloppes assez épaisses en bas, mais minces en haut. M. Picqué ouvrit la tumeur et tomba dans un kyste sans communication avec le canal épendymaire. Et pourtant la tumeur se tendait sous l'effort, pendant les cris, était placée dans un vaste hiatus rachidien. M. Picqué s'est demandé, étant donnée cette absence de communication avec la moelle, s'il ne pourrait pas s'agir là d'un kyste embryonnaire vertébral, analogue à ceux décrits par M. Lannelongue. Cela n'est pas probable, car, s'il en était ainsi, on ne s'expliquerait pas pourquoi cet enfant aurait présenté plus tard de l'hydrocéphalie commençante et de la paraplégie. Cette hydrocéphalie doit reconnaître très probablement pour cause soit une lésion de la moelle et des nerfs due à l'opération, soit une méningo-encéphalite chronique propagée de bas en haut, par infection de la plaie opératoire.

M. Bazy. — L'hydrocéphalie peut très bien être, dans ce cas, la conséquence d'une méningite chronique existant antérieurement à l'opération. M. Bazy aurait pu invoquer cette hypothèse. Il connaît un fait qui plaide dans ce sens. Un jour on lui amène un enfant atteint d'un petit spina bifida. Cet enfant, à sa naissance, n'avait pas de tumeur, mais une simple dépression lombaire. Quelque temps après, la tumeur apparut, puis augmente, et il se produit une hydrocéphalie qui n'existait pas au début. En même temps apparait de la paraplégie. Ce fait prouve donc qu'une méningite peut exister et progresser en dehors de toute opération.

(1) [illegible] explicable par [illegible] Geoffroy-Saint-Hilaire : mais il [illegible] trop [illegible]. M. B.

M. BERGER.— L'explication de M. Bazy est très admissible (1).

M. PÉRIER fait un rapport sur une observation de M. LE BEC (Paris) : *Grossesse extra-utérine ; menace de rupture ; laparotomie à 8 mois ; enfant vivant.* Mort de la mère (en 2 h) et de l'enfant (en 24 h.).— Une femme de 35 ans, ayant eu jadis une hématocèle, est réglée le 20 septembre 1887 pour la dernière fois. Le 15 octobre, vomissements, douleurs dans le ventre, gonflement des seins, écoulement rougeâtre par le vagin. Le 15 février 1888, signes d'une hématocèle ; puis signes de grossesse extra-utérine (col élevé, mou, etc.). Cathétérisme de l'utérus; il avait 14 centimètres. Laparotomie sur la partie droite de l'abdomen. On trouve une tumeur en arrière de la matrice, violacée, rénittente. On l'incise. Une abondante hémorrhagie se produit. Pour extraire plus rapidement le fœtus, on incise transversalement la paroi abdominale. Aucune tentative d'extraction du placenta. Après l'opération, nécessité d'une transfusion du sang. Mort de la mère, en 2 h., d'hémorrhagie. L'enfant ne vécut que 24 h. Fallait-il intervenir? Oui certes; mais M. Lebec aurait dû intervenir dès le septième mois, l'enfant étant viable à cette époque, et essayer de pédiculiser sa tumeur, pour interrompre la circulation, en plaçant des pinces sur la courbe utérine à laquelle adhérait la poche.

M. REYNIER présente des pièces anatomiques ayant trait à une *hématocèle rétro-utérine.* Une femme ayant été prise un jour tout à coup de syncope, avec hémorrhagie dans le cul-de-sac de Douglas, on diagnostiqua une rupture de la trompe et fit la laparotomie ; on trouva le sang épanché en arrière du ligament large ; au-dessus était la trompe et une adhérence intestinale. La trompe n'était pas rompue, mais pleine de sang et déplacée. L'ovaire était très éloigné et son aileron très distendu. M. Reynier croit dans ce cas à une hématocèle causée, soit par la déchirure des vaisseaux de fausses membranes dues à une pelvi-péritonite, ou plutôt à une rupture de veines variqueuses du plexus utéro-ovarien. L'ouverture de l'hématocèle par le vagin n'eût pas permis d'enlever la trompe, ce qu'il a fait facilement par la laparotomie.

M. POZZI proteste énergiquement contre l'interprétation de M. Reynier en ce qui concerne la pathogénie de l'hématocèle. Pour lui, ces grosses hématocèles sont toujours la conséquence de ruptures vasculaires au cours de grossesses extra-utérines. D'ailleurs, dans la trompe que présente M. Reynier, il y a un petit œuf. Il ne s'agit pas là d'hémato-salpinx, car les lésions auraient été doubles, ainsi que cela est dans presque tous les cas d'hémato-salpinx consécutifs à une salpingite parenchymateuse hémorrhagique. Quand il y a des lésions de la trompe par du sang d'un seul côté, 95 fois sur 100, on y trouve des restes de membranes de l'œuf. Dans un cas analogue, il a fait la laparotomie, a enlevé la trompe, refermé le ventre et évacué l'hématocèle par une incision vaginale, en respectant la calotte de l'hématocèle.

M. ROUTIER fait remarquer qu'on peut très bien vider les hématocèles par le vagin, quoi qu'en ait dit M. Reynier.

M. SCHWARTZ, dans un cas, s'est conduit comme M. Pozzi : laparotomie exploratrice et élytrotomie, pour évacuer les produits tombés dans le Douglas.

M. REYNIER trouve que l'interprétation de M. Pozzi demande une démonstration plus complète. Il fera examiner la trompe.

M. POZZI présente un *rein kystique déplacé enlevé par la laparotomie.* Il a pu l'extraire en totalité, sans le rompre, malgré la minceur des parois. Il a fait une incision très petite sur le péritoine postérieur, et a pu facilement enlever l'organe de sa coque séreuse ; puis, le pédicule fait, lié, cautérisé à fond, il l'a laissé dans l'abdomen, sans suturer le péritoine postérieur à la paroi abdominale antérieure. L'orifice de la bourse séreuse s'est fermé de lui-même. On peut donc traiter un rein comme un kyste inclus dans le ligament large ; il suffit de suturer le péritoine pour faire l'hémostase.

M. POLAILLON a jadis enlevé un rein mobile par un procédé analogue ; ce rein a été présenté à la Société.

Marcel BAUDOUIN.

(1) Voir sur ce sujet, la thèse de doctorat de notre collègue et ami, M. le Dr Bellanger (de Vannes) : *Traitement du Spina bifida*, 8 avril 1891. On trouvera de précieux renseignements sur l'interprétation très exacte de M. Bazy.

VARIA

Comité consultatif d'Hygiène publique de France.

Le Comité d'Hygiène s'est réuni lundi dernier. M. H. MONOD, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques a rendu compte de la *situation sanitaire à l'étranger et en France.* On n'a reçu aucune nouvelle du choléra à Massaouah depuis la dernière réunion du comité. En France aucune épidémie n'a été signalée. Dans le département de la Creuse, plusieurs communes de l'arrondissement d'Aubusson présentaient, à la fin du mois de mars, des cas de scarlatine jusqu'alors peu nombreux et peu graves. Des instructions prophylactiques ont été adressées au préfet.—M. Monod a donné ensuite lecture d'un *rapport sur les travaux d'adduction d'eau potable* examinés par le comité, de 1884 à 1890, sur ceux de ces travaux qui ont été exécutés et sur les conséquences que paraissent avoir eues ces travaux au point de vue de la mortalité générale et, plus spécialement, de la mortalité par la fièvre typhoïde Durant ces six années, le comité a dû examiner 333 projets ; il en a approuvé 316, dont un certain nombre après modifications. Pour 207, les travaux sont actuellement terminés. Le nombre des départements qui ont présenté des projets est de 57 ; mais, dans la plupart de ces départements, les communes qui ont entrepris des travaux d'adduction d'eau sont en petit nombre. On compte dix départements, tous situés à l'est, où, en six ans, le nombre de ces communes s'est élevé de 10 à 32, savoir : à 10 (Meurthe-et-Moselle, Savoie), 15 (Jura), 17 (Haute-Savoie,) 20 (Vosges), 21 (Haute-Loire, Côte-d'Or), 23 (Gard) et 32 (Drôme). Sur les 207 projets exécutés, 26 ont comporté une dépense supérieure à 100,000 francs : (14,767,448 fr. 43 pour 26 communes ayant ensemble une population de 376,412 habitants) ; 181 ont comporté une dépense inférieure à 100,000 fr. (2,977,573 fr. 86 pour 181 communes ayant ensemble une population de 205,089 habitants). Sur 60 projets en cour d'exécution, il y en a 14 dont la dépense prévue est supérieure à 100,000 fr. ; pour les 46 autres, la dépense totale prévue est d'environ 1,340,000 fr. M. Monod a recherché quelle a été la mortalité dans les communes de quelque importance où la comparaison s'établit entre au moins deux années antérieures et deux années consécutives à la distribution nouvelle. Ce travail a été fait pour 25 communes. Dans 4. on n'a constaté aucune différence au point de vue de la mortalité, dans 21, le taux de la mortalité a diminué parfois dans des proportions considérables. Les diminutions ont été, par 100 habitants, de 0,30 — 0,42 — 0,50 — 0,53 — 1,37 — 1,41 — 1,65 — 1,87 — 2,28 — 2,57 — 2,69 — 2,93 — 3,59 — 3:69 — 3,97 — 4,25 — 5,58 — 5,72 — 6,99 — 10,37 — 13,43. Cette dernière diminution, certainement extraordinaire, s'est produite dans une commune où la mortalité était, jusqu'à la nouvelle distribution d'eau, tout à fait excessive : c'est la commune de Bessèges, où le taux de la mortalité avait été en moyenne de 32,44 0/0 pour la période de 1881 à 1884 et a été de 28,40 pour la période de 1886 à 1890, l'eau ayant été distribuée en 1885. Dans 17 communes, on n'a pu avoir aucun renseignement sur les causes des décès (on sait que cette déclaration n'est pas encore obligatoire en France). Il n'a par conséquent pas été possible de faire un travail précis sur la diminution de la mortalité par fièvre typhoïde, mais il résulte d'indications recueillies avec le plus grand soin que, dans les 25 communes étudiées ci-dessus, la mortalité par fièvre typhoïde a été presque nulle depuis l'achèvement des travaux.

Banquet de l'Internat en médecine des Hôpitaux de Paris.

Lundi soir, a eu lieu, au restaurant Marguery, le banquet de l'Internat en médecine des hôpitaux de Paris, sous la présidence du Pr Hardy. 125 convives environ y assistaient. Parmi eux, nous avons remarqué MM. les Prs Brouardel, doyen, et Peter; MM. les Drs Horteloup, Bazy, Walther, chirurgiens des hôpitaux ; Huchard, Sevestre, Gilbert, Thibierge, médecins des hôpitaux ; Magnan, Ferré, médecins aliénistes ; Cartaz, Piogey, Tillot, Barthélemy, (de Paris), etc. ; un grand nombre de médecins de province, entr'autres M. Cornillon (de Vichy), Montprofit (Angers), etc., etc.

A la fin du dîner, qui a été aussi gai que d'habitude, M. Hardy a prononcé le discours d'usage. Il a rappelé que l'Internat datait déjà d'un siècle. Un plaisant ayant remarqué qu'il n'était pas pour cela.... fin de siècle, M. Hardy n'en a pas moins fait, en quelques mots, le procès des Assistants et vaillamment défendu le corps de l'Internat. Pour lui, l'introduction chez nous des mœurs d'Outre-Rhin serait des plus néfastes ; il espère que l'Internat résistera encore longtemps aux coups que certains lui portent. Après avoir rappelé les noms des internes morts cette année, il a bu aux nouveaux

internes. Puis M. Peter a prononcé quelques mots et porté un toast aux anciens internes habitant la province. M. B.

Congrès des chirurgiens allemands à Berlin (avril 1891). La Tuberculine.

La vingtième séance du Congrès des Chirurgiens allemands a eu lieu la semaine dernière à Berlin, dans la salle des fêtes de l'Université; le Dr Koch, de retour d'Egypte, était au nombre des assistants.

M. le Dr von Bergmann a parlé de la *tuberculine*. Il a insisté sur le remède spécifique de la tuberculose; il a fait mention des expériences favorables et défavorables qui ont été faites, et rappelé, à propos du lupus, les cas de rechute qui se sont produits malgré les succès qu'a obtenus la première application du remède. Il a recommandé à l'assemblée de continuer à faire des expériences.

Dans la discussion qui a suivi, ce sont les opinions défavorables qui ont dominé. Tous les membres du Congrès ont été unanimes cependant à reconnaître la nécessité de continuer à faire des recherches et des observations concernant l'application de la Tuberculine.

Etaient présents, au Congrès, des délégués de la Suède, de la Norvége, de la Suisse, de l'Amérique et du Japon.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 13. — Dissection : MM. Farabeuf, Marc Sée, Ricard.— 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, Marie.

MARDI 14. — Dissection : MM. Duplay, Mathias-Duval, Campenon.— 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Legroux, Gilbert. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Schwartz, Bar. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Cornil, Hutinel.

MERCREDI 15. — Dissection : MM. Farabeuf, Tillaux, Reynier.

JEUDI 16. — Dissection : MM. Polaillon, Schwartz, Remy. — — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Debove, Hanot.

VENDREDI 17. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Marc Sée, Terrillon.—5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Segond, Tuffier. — (2e partie) : MM. Grancher, A. Robin, Brissaud.

SAMEDI 18. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Farabeuf, Schwartz. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Remy, Nélaton.— 3e définitif (officiat) (Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Campenon, Bar.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 16. — M. Marquezy. Contribution à l'étude des fibromes de la paroi postérieure de l'utérus. — M. Caillet. Etude sur les troubles de la sensibilité dans les affections nerveuses (Dissociation syringomyélique). — M. Thibaudet. Veines de la main et de l'avant-bras. — M. Galand. De la parotidite à pneumocoques. — M. Getten. Les injections intra-utérines chez les nouvelles accouchées.

Enseignement médical libre.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMANN, RENAULT et POZZI, annoncent la reprise de leurs conférences cliniques. La *première* réunion aura lieu à l'*Hôpital du Midi*, le 15 avril, à 9 heures et demie. La *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE, 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Thérapeutique oculaire.— M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

2e *Cours de gynécologie opératoire (Policlinique de Paris).* — MM. VULLIET, LUTAUD et Ad. OLIVIER, le mardi, à 2 heures de l'après-midi.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD, le lundi et vendredi, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine.

Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON : le mardi et le samedi à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruvelhier).

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire* : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* ont commencé le lundi 6 avril 1891, à quatre heures — 2° *Conférence d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr BOURCY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — NOTA : Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes sont reçues à l'Amphithéâtre depuis le 1er avril.

Cours de Biologie, — Professeur, M. G. POUCHET, à l'Hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture, — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 29 mars 1891 au samedi 4 avril 1891, les naissances ont été au nombre de 1201 se décomposant ainsi : *Sexe masculin:* légitimes, 445 ; illégitimes, 193, Total, 638. — *Sexe féminin :* légitimes, 405 ; illégitimes, 158, Total, 563.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 mars 1891 au samedi 4 avril 1891, les décès ont été au nombre de 1217 savoir : 670 hommes et 547 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6, T. 11.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 23, F. 12, T. 35. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 5, F. 6, T. 11 — Diphtérie, Croup : M. 28, F. 16, T. 44. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 134, F. 97, T. 231 — Autres tuberculoses : M. 22, F. 14, T. 36 — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4, T. 6 — Tumeurs malignes : M. 20, F. 34, T. 54. — Méningite simple : M. 14. F. 18. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 28, T. 61. — Paralysie : M. 3, F. 3, T. 6 — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 29, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 24, F. 20, T. 44 — Bronchite chronique : M. 29 F. 31, T. 60. — Broncho-Pneumonie : M. 29, F. 26, T. 55 — Pneumonie : M. 41, F. 25, T. 66. — Gastro-entérite, biberon, M. 24 F. 16, T. 40. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 7, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2 F. 0, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7, T. 7 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale : M. 18, F. 15, T. 33 — Sénilité : M. 15, F. 29, T. 44. — Suicides : M. 18, F. 5, T. 23. — Autres morts violentes : M. 6, F. 2, T. 8. — Autres causes de mort : M. 118, F. 84, T. 202. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 2. T. 8.

Mort-nés et morts avant leur inscription: 106, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 49, illégitimes, 18. Total : 67. — *Sexe féminin* : légitimes, 31, illégitimes, 8. Total : 39.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours de clinique médicale* (Hôpital de la Charité). — M. le Pr POTAIN a repris son enseignement clinique le mardi 7 avril. Les leçons sont distribuées de la façon suivante : Pr POTAIN. *Synthèse clinique, Diagnostic, Indications.* Mardi, samedi, 10 heures. — Dr SUCHARD : *Anatomie pathologique.* Autopsies, 10 heures. — Dr FOUBERT : *Séméiologie physique.* Auscultation, percussion, palpitation, emploi des appareils d'exploration. Lundi, 10 heures. — Dr DROUIN : *Séméiologie chimique.* Jeudi, 5 heures. — Dr VAQUEZ : *Séméiologie microscopique, Bactériologie.* Vendredi, 5 heures.

Laboratoire de tératologie (Ecole pratique des Hautes-Etudes). M. le Dr DARESTE, Directeur du Laboratoire de Tératologie, commencera ses conférences pratiques d'Embryogénie normale et tératologique le mardi 21 avril 1891, à 4 heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, au Laboratoire de Tératologie (Bâtiment du Musée Dupuytren).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Les cours ont commencé le 6 avril. L'installation officielle des nouveaux professeurs a eu lieu le jeudi 9 avril.

ECOLE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — A la réunion dernière du Conseil général de l'Isère, M. E. Robert, préfet de l'Isère, a annoncé que la réorganisation de l'Ecole secondaire de médecine était près d'aboutir.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours public pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission.* Ce concours sera ouvert le mardi 12 mai 1891, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 13 avril 1891, et sera clos définitivement le lundi 27 du même mois, à trois heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. (Palais de Justice dans la salle des Référés). — Ordre du jour de la séance du lundi 13 avril à 4 heures. 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2° M. Descoust : Rapport de la Commission

chargée d'[illegible] de médecine légale. — 4° MM. [illegible] : Suicide à deux [illegible] par [illegible]. — [illegible] M. [illegible] : Présentation d'un travail de M. le Dr [illegible] sur les [illegible] d'alcaloïdes au point de vue de la recherche [illegible]. — 5° M. le Dr. Pouchet. Présentation d'un travail de M. le Dr [illegible] (de Joigny) : Etude sur l'état mental des hystériques.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HÔPITAUX DE PARIS. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association a eu lieu le samedi [illegible] avril, à 4 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria. L'ordre du jour était le suivant : 1° Allocution du Président ; 2° Rapport du Secrétaire ; 3° Compte rendu financier du Trésorier ; 4° Rapport sur la situation faite aux candidats à l'internat par les dispositions de la nouvelle loi militaire, par M. BROUARDEL ; 5° Rapport sur le mode de distribution des secours, par M. HALLÉ ; 6° Adoption des nouveaux statuts pour la reconnaissance d'utilité publique de l'Association ; 7° Propositions diverses intéressant l'Association ; 8° Elections. Renouvellement partiel du Comité : Election de quatre membres pour quatre années. — L'élection de quatre membres du Comité s'est terminée par la nomination de MM. HALLÉ, BOUCHARD, SÉBILEAU, membres sortants, et de M. Georges [illegible]BIERGE, médecin des hôpitaux de Paris.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. Dehogues, pharmacien à Châtellerault, est nommé Officier d'académie. — M. le Dr Guillemet, professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Nantes et le Dr Hubert (de Sèvres) ont été nommés Officiers d'académie. — MM. Pasteur et Ollier (de Lyon) viennent d'être nommés, *honoris causâ*, membres de la Société império-royale des médecins de Vienne.

HOPITAUX DE MARSEILLE. — Sont nommés, après concours, M. le Dr Roux fils, chirurgien adjoint, M. le Dr Pagliano, médecin adjoint des Hôpitaux de Marseille.

HOSPICE LANGENBECK A BERLIN. — La pose de la première pierre de l'hospice de Langenbeck a eu lieu la semaine dernière à Berlin, en présence d'un grand nombre de membres du Congrès des chirurgiens allemands. M. le Pr Thiersch, de l'Université de Leipzig, a donné lecture de l'acte de fondation et a rendu un chaleureux hommage à la mémoire de feu l'Impératrice Augusta, qui a conçu l'idée de créer l'hospice Langenbeck.

JARDIN D'ACCLIMATATION. — C'est le 15 courant que s'ouvrira au Jardin zoologique d'Acclimatation l'Exposition internationale de Volailles organisée par la section d'aviculture pratique de la Société nationale d'Acclimatation. La journée du mercredi 15 sera réservée aux membres de la Société nationale d'Acclimatation, à la Presse et aux actionnaires du Jardin zoologique d'Acclimatation. A partir du lendemain jeudi 16 avril, l'Exposition sera publique pour tous les visiteurs du Jardin d'Acclimatation. — Les *Dahoméens*, malgré un temps des plus défavorables, ont été visités dimanche dernier par près de dix mille personnes. La caravane quittera le Jardin d'Acclimatation, le 22 avril dans la soirée.

LA LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE A L'ASSOCIATION DES DENTISTES DE FRANCE. — Une réunion des membres de l'Association générale des dentistes de France a eu lieu mardi dernier, à l'hôpital dentaire, rue Rochechouart, sous la présidence de M. Poinsot. Plusieurs orateurs ont vivement commenté la loi récente sur l'exercice de la médecine. L'assemblée, après avoir émis le regret que la Commission de la Chambre ait refusé de recevoir une délégation des membres de l'association, a décidé de réclamer auprès du Sénat en faisant valoir les services rendus par l'hôpital dentaire.

MÉDECINS PRÉSIDENTS DE CONSEILS GÉNÉRAUX. — M. le Dr Dupré, ancien sénateur, a été élu président du conseil général des Hautes-Pyrénées ; M. le Dr Th. Roussel, sénateur, est président de celui de la Lozère ; M. le Dr Rebatel, de celui du Rhône ; M. le Dr Cornil, de celui de l'Allier.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro des *Annales des sciences psychiques* (Recueil d'observations et d'expériences), publié par M. le Dr Dariex, chez M. F. Alcan.

POLICLINIQUE DE PARIS, 28, rue Mazarine. — Notre collaborateur, M. Albin ROUSSELET, fera, le vendredi 17 avril, à la *Policlinique de Paris*, à 8 heures 1/2 du soir, une conférence, avec projections à la lumière oxhydrique, sur *Bicêtre à travers les âges*.

RÉUNION AMICALE DE MÉDECINS DE RÉSERVE DES ARMÉES DE TERRE ET DE MER ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine conférence sera faite le 13 avril à 9 heures du soir, au cercle militaire, avenue de l'Opéra, 49, par M. le Dr PICQUÉ, vice-président, qui traitera : « De la pratique de l'antisepsie dans le service de l'avant ; des plaies articulaires et de leur traitement. » Messieurs les [illegible] seront admis à assister à cette conférence [illegible]. Il leur suffira de se faire [illegible] chez le président, le Dr Kraft, rue de [illegible], [illegible] de leur lettre de service.

NÉCROLOGIE. — Le Dr [illegible] DUBAS, dit le *Paris* du 28 mars, âgé de quatre-vingt-trois ans, demeurant rue de Clignancourt, numéro 64, s'est donné la mort hier dans son cabinet, en se tirant un coup de revolver dans la région du cœur. Mme Dubas a trouvé son mari renversé dans son fauteuil ne donnant plus signe de vie. M. Dubas était atteint d'une cruelle maladie qui le faisait beaucoup souffrir. — M. Simon-Alexandre-Joseph TARONVEAU, docteur en médecine, ancien médecin à Legé (Vendée), décédé le 3 avril 1891, dans sa 85e année, à Nantes. — M. le Dr A. THÉVENOT, dont nous avons annoncé le décès dans notre dernier numéro, était un ancien interne des hôpitaux de Paris, l'un des fondateurs de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, dont il était, depuis quinze ans le trésorier. Avant de venir s'installer à Paris, M. Thévenot avait été pendant huit ans professeur à l'Université de Santiago du Chili, où il a laissé les meilleurs souvenirs. On a de lui divers travaux et mémoires sur des questions d'obstétrique et de gynécologie.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique médicale.* — M. le Dr QUINQUAUD le mercredi, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale : M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie,* M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale* : M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* : M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN, visite des malades à 9 heures. — Mercredi : Conférence de chimie pathologique au laboratoire. — Jeudi : Leçon clinique. — Samedi : Examen des enfants.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Conférences de clinique infantile.* M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Trihoulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredi et samedis à la même heure.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale* : M. le Dr CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — M. KIRMISSON, agrégé, chirurgien des hôpitaux, commencera des leçons cliniques de *chirurgie orthopédique* le lundi 13 avril, à 10 h. du matin ; il les continuera les lundis et vendredis suivants. Les leçons de cette année seront consacrées aux *difformités du membre inférieur.* Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 16. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 18 AVRIL 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL BICHAT. — M. le Dr **TERRIER**, prof. agrégé.

Traitement chirurgical de la pleurésie purulente par la pleurotomie antiseptique sans lavage ;

par le Dr **Maurice PÉRAIRE**, ancien interne des hôpitaux de Paris

Des communications récentes faites à la *Société médicale des Hôpitaux* par nos excellents maîtres, MM. Chantemesse et Netter, et par MM. Vaillard et Duponchel ont bien mis en relief l'importance des examens bactériologiques dans les cas de pleurésies purulentes. A la suite des discussions qui eurent cette question pour objet, il fut établi que les pleurésies à pneumocoques étaient plus favorables que celles à streptocoques.

Il est cependant des cas où le pneumocoque peut être doué d'une grande virulence. Ainsi, dernièrement, nous avons eu à donner des soins à un jeune homme de 14 ans qui fut atteint d'une pleurésie purulente particulièrement grave, consécutive à une pneumonie.

L'examen bactériologique du liquide purulent pleural dénota la présence de pneumocoques. Le jeune homme fut guéri après une pleurotomie antiseptique, pratiquée sans lavages. Nous croyons intéressant de publier son observation, en insistant surtout sur cette forme infectieuse de pleurésie purulente pneumococcique, sur les indications du traitement chirurgical, le manuel opératoire et le mode de guérison en pareil cas. Cette question nous paraît être en ce moment à l'ordre du jour.

OBS. — *Pneumonie. Pleurésie purulente à Pneumocoques et à Staphylocoques. Pleurotomie antiseptique sans lavages. — Guérison.*

M. Ch... G., 14 ans, sans profession, rue de la Chaussée-d'Antin, est né de parents bien portants. Toux fréquente jusqu'à 7 ans. Fièvre muqueuse à l'âge de 6 ans, durée 3 semaines; scarlatine à l'âge de 11 ans, pas de complications, si ce n'est bronchite légère consécutive. En 1889, rougeole guérie sans accidents; influenza, le 15 décembre 1889, terminée en quelques jours; zona sur le thorax à droite, en janvier 1890.

Le 8 février, le malade eut un rhume ordinaire; puis fluxion de poitrine le 16 février; accès de fièvre, vomissements, agitation, douleur dans le côté gauche très violente. M. le Dr Roques, consulté, fit appliquer un large vésicatoire sur le point douloureux, et ordonna différentes potions. Les crachats étaient rouillés. Le 19 février, le Dr Rigal, appelé en consultation, fit mettre des ventouses scarifiées au niveau et au-dessus des points vésiqués. Même traitement le 21 février. Le 27 février, un peu de liquide constaté dans la plèvre gauche (Pleuro-pneumonie). Jusqu'au 2 mars, même état. Le 4 mars, augmentation du liquide pleural brusque, en même temps déplacement du cœur; la pointe bat sous l'aisselle droite. Etat dyspnéique; fièvre persistante. Le 5 mars, ponction aspiratrice. On enlève trois litres d'un liquide purulent, verdâtre, sans odeur. Le liquide, examiné au point de vue bactériologique par M. Aviragnet, interne à l'hôpital Tenon contient des pneumocoques en grande quantité et des staphylocoques.

Le soir de la ponction, fièvre diminuée. Appétit encore bon. Le 7 mars 2e ponction, on enlève un litre 1/4 du même liquide. Fièvre diminuée. Le 8 mars, même état. Le 9 mars au matin, T = 38°,9; soir, 38°,1. Le 10 au matin, T = 37°,2; soir, 38°,6. Le 11, T = 37°,5. Dans l'après-midi, douleurs précordiales violentes. Le cœur a subi de nouveau un notable déplacement. Le soir, T = 39°,4. Le 12 au matin, même état. Ponction. Liquide purulent, 500 grammes de pus. On suppose un cloisonnement des plèvres, différentes loges et on fait un lavage de la plèvre avec une solution de chlorure de zinc à 10 0/0. Les 500 gr. de chlorure de zinc introduits ne ressortent pas. T = 38°,4 1/2 au matin. Le soir, T = 39,8. Douleurs du côté ponctionné très intenses. Le 13, T = 38°,3 1/2. Soir 38°,7, même état. Anorexie absolue. Soif vive. Le 14, T = 37°,9. Soir, 38°,1; même état. Le 15, T 37°6 1/2. Soir, 38°,8. Le malade a un facies terreux. Amaigrissement prononcé. Dégoût de toute nourriture. Constipation. Pas de frissons.

Le 16 mars, à 4 heures de l'après-midi, le malade est anesthésié par le Dr Péraire. Quantité de chloroforme 12 grammes. Durée de l'opération : 50 minutes. Très peu d'excitation. Pas de vomissements. Respiration très régulière sous le chloroforme.

M. le Dr Terrier, en présence des Drs Rigal et Roques, pratique une ponction aspiratrice dans le 5e espace intercostal, enlève un litre de liquide purulent, puis, se servant du trocart aspirateur comme conducteur, fait une incision de 10 centimètres comprenant la peau et le tissu cellulaire : la plèvre est ouverte sur une longueur de 4 centimètres 1/2. Le liquide purulent est épais, inodore. Toutes les précautions habituelles à la méthode antiseptique sont rigoureusement observées.

Un gros drain d'une longueur de 10 centimètres 1/2 sur un diamètre de 1/2 centimètre est placé en permanence dans la cavité pleurale et maintenu en place au moyen d'un fil de soie phéniqué suturé à la paroi costale. Les téguments sont fermés au moyen de trois sutures au fil de soie. *Pas de lavage pleural.* Pansement à la poudre de salol, à la gaze et à la ouate au salol. Bandage de corps en flanelle.

Le soir, plus de fièvre, quelques nausées et un peu d'agitation dues au chloroforme.

Le lendemain, le pansement est renouvelé ; le drain est fixé au moyen d'une épingle anglaise. Pas de fièvre.

Les jours suivants, le malade est pansé de la même façon. Le drain fonctionnant bien est toujours laissé en *place sans lavage.* Un seul jour, le 30 mars, le malade a eu un mouvement fébrile 38°,9, occasionné par l'obstruction du drain par la poudre de salol et une fausse membrane. Le drain est alors lavé au sublimé et à l'acide phénique, puis remis en place.

La poudre de salol est placée entre deux épaisseurs de gaze salolisée. Le 1er avril, le tube est diminué d'un centimètre 1/2. Peu d'appétit. On ordonne au malade de respirer de l'oxygène en ballon. Les pansements renouvelés tous les jours sont absolument sans odeur. Le 8 avril on permet au malade de se lever quelques heures tous les jours. Le 12 avril, le drain est remplacé par un autre de diamètre plus petit et d'une longueur de 10 centimètres. L'écoulement est de moins en moins purulent. Les jours suivants, même état. Le malade a bon apétit; son facies est meilleur. Apyrexie. Le 17 avril, l'écoulement est absolument séreux. Diminution très notable. Deux cuillerées à bouche de liquide par jour en moyenne. A partir du 19 avril, le pansement est refait tous les deux jours. A partir du 23, tous les trois jours. Le malade a engraissé. Visage coloré. Forces notablement revenues. Le 26 avril on remet un drain de diamètre plus petit et d'une longueur de 15 centimètres. Même pansement. Le 29 avril, même pansement. Le 2 mai, idem. Le 6 mai, drain changé, remplacé par un autre d'un diamètre plus petit, presque capillaire, d'une longueur de 16 centimètres. Aucun écoulement à la suite de son introduction. Le 10 mai, le drain est sorti complètement. La fistule est recouverte d'un bourgeon charnu l'oblitérant. Suintement séreux insignifiant sur la gaze. On ne remet qu'un pansement sec. Plus de drain.

Nous avons revu en juillet et août 1890 et en janvier 1891

notre malade. La guérison s'était maintenue parfaite et le malade, engraissé considérablement, avait pu voyager et se livrer pendant les vacances à des exercices de marche forcée souvent répétés.

Nous avons recherché s'il existait beaucoup d'observations ayant de l'analogie avec la nôtre. Nous n'en n'avons trouvé qu'un nombre assez restreint.

Dans la majorité des cas, l'examen bactériologique n'est pas fait. On essaie tous les moyens médicaux ; on pratique ponctions sur ponctions, on lave la cavité pleurale au moyen de sondes ou de siphons, soit une fois, soit plusieurs, moyens douloureux pour le patient, fastidieux pour le médecin, et qui ne sont que de l'expectation déguisée. On est étonné de voir s'éterniser ainsi une affection qui, traitée logiquement, c'est-à-dire comme un abcès, doit guérir d'une façon très rapide.

On perd un temps précieux pendant que les phénomènes de résorption persistent et que la compression du poumon augmente.

Le temps n'est pas bien loin encore où la pleurotomie, considérée comme une opération redoutable et presque toujours mortelle, était reléguée au nombre de ces opérations tardives, dans lesquelles le chirurgien, la main forcée par l'imminence des accidents, n'avait plus confiance ni dans son malade, ni dans son intervention.

Dans son *Traité de l'Empyème* (1888, page 230 et autres), M. le Dr Bouveret cite une statistique de treize observations de pleurotomie antiseptique sans aucun lavage de la plèvre. Tous les malades ont obtenu une guérison complète, sans persistance aucune d'un trajet fistuleux. Nous ne voulons pas citer toutes ces observations. L'énumération en serait trop longue ; nous nous bornons à renvoyer à l'excellent ouvrage de M. Bouveret.

Dans l'une des observations (OBS. 22, p. 230) due, à M. Ewart et qui paraît être le premier fait de pleurotomie antiseptique, onze jours seulement suffisent pour obtenir la cicatrisation d'un vaste épanchement purulent qui datait de trois mois chez un homme de 30 ans. — Dans l'observation 23, due à Smilair, il s'agit d'une jeune fille de 11 ans. Deux mois et 12 jours suffisent à la guérison après la pleurotomie.— Dans l'observation 27 de M. Skeritt (p. 233), l'empyème est compliqué d'une fistule pleuro-bronchique, et le pus, mélangé de grumeaux, présente une extrême fétidité. La vomique pleurale cesse dès les premiers jours de l'opération, et la guérison est complète 19 jours après la pleurotomie.— Dans l'observation 29 de M. D. Mollière (p. 234), la plèvre n'est point lavée et les pansements sont peu fréquents. L'écoulement purulent est presque nul au 18e jour ; il cesse le 26e et la guérison est parfaite un mois après l'opération. — Dans l'observation 30, publiée par M. S. Smith, les sécrétions, très abondantes pendant les deux premiers jours, diminuent notablement dès le troisième et, vers le cinquième, le pus est remplacé par de la sérosité. L'expansion du poumon est remarquablement rapide ; dès le vingt-quatrième jour, le poumon arrive au contact de la paroi thoracique et chasse le tube à drainage.

Aux cas rapportés dans le volume de M. Bouveret, nous croyons devoir ajouter les suivants :

Dans le numéro du 1er janvier 1884, de l'*Alger médical*, M. le Dr Caussidon a rapporté l'observation d'un jeune enfant de 4 ans, guéri en soixante jours, sans lavage de la plèvre. — M. J. Lucas-Championnière a eu un succès au bout de six semaines de traitement. Le cas est cité dans les *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (année 1884, p. 69). Il s'agissait d'un malade chez lequel en pratiquant l'empyème il réséqua un fragment de côte de 6 centimètres. Plus d'un litre de pus s'écoula très épais ; le chirurgien ne fit aucun lavage de la cavité pleurale. — M. Bouilly a lu à la *Société de Chirurgie* (séance du 21 juillet 1886) un cas de pleurotomie, guéri de la même façon. — M. Du Cazal a obtenu en quarante jours la guérison d'un malade auquel il avait pratiqué la pleurotomie antiseptique, sans injections dans la plèvre, pour un cas de pleurésie purulente (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux,* séance du 26 juillet 1889, p. 373). — M. Bucquoy (*Société médicale des hôpitaux*, séance du 6 juin 1890) a relaté quatre cas de pleurésies purulentes particulièrement graves dont la guérison par la pleurotomie sans injections pleurales, a été rapide et complète. A peine deux mois chez le premier malade, moins d'un mois chez le second, six semaines chez le troisième, et un mois chez le quatrième. Les trois premières observations étaient des pleurésies métapneumoniques ; la quatrième était une pleurésie purulente à streptocoques d'une nature particulièrement grave, ainsi que l'ont prouvé les phénomènes infectieux de tout genre qui l'ont accompagnée (diphtérie de la plaie, otite suppurée, muguet, etc.). — Dans le *Bulletin médical* (24 décembre 1890, n° 102, p. 1,149) nous trouvons une observation d'empyème double guéri après incision et drainage. — Nous citons encore le cas présenté par MM. Coupland et Gould à la *Clinical Society de Londres :*

Il s'agit d'une enfant de sept ans, entrée à Middlesex Hospital, le 28 avril 1889. La malade était souffrante depuis novembre 1883 ; elle avait présenté tous les signes d'une pneumonie double, et ce n'est qu'au mois de décembre que la présence d'un liquide purulent dans les plèvres avait été notée. Pendant quatre mois on fit une série de ponctions qui ramenaient toujours une certaine quantité de liquide purulent. Les épanchements persistaient néanmoins des deux côtés, et quand l'enfant entra à l'hôpital, elle était très amaigrie, profondément anémiée. Il y avait une matité des deux côtés du thorax, s'élevant à gauche jusqu'à l'épine de l'omoplate, à droite jusqu'à l'angle de l'omoplate. La respiration était faible, éloignée dans toute la zone de matité ; elle était bronchique au niveau de l'angle de l'omoplate. La pointe du cœur était à sa place normale. La température oscillait entre 37° et 38°5. Le 27 mai, M. Gould fit une incision sur le côté droit de la poitrine et après avoir réséqué une partie de la 8e côte, il draina la cavité pleurale ; il s'en écoula une petite quantité d'un liquide fétide. Huit jours plus tard, la même opération fut faite du côté gauche. L'enfant fut très améliorée après cette double opération ; il guérit même assez rapidement et put quitter l'hôpital au commencement du mois d'août. Elle est aujourd'hui en excellente santé. Il ne reste rien de son ancienne maladie qu'une cicatrice de chaque côté du thorax.

Donc, dans tous les cas de pleurésie purulente, lorsque les signes stéthoscopiques, la marche de la température, l'état général du malade, ont fait faire le diagnostic, et qu'une ponction aspiratrice a levé tous les doutes, il faut intervenir hâtivement : il faut faire la pleurotomie largement. Il faut appliquer le vieux précepte : *Ubi pus, ibi evacua.* C'est le seul procédé pour obtenir la guérison rapide. Tous les moyens médicaux sont inefficaces ; par eux, on n'arrive jamais à tarir l'épanchement. Par l'expectation, on voit se produire lentement, progressivement l'ulcération des parties molles d'un espace intercostal. D'où fistule persistante. Ou bien le liquide suit la voie bronchique. Une ulcération du tissu pulmonaire se fait et une vomique en est la conséquence. Ces deux modes de terminaison sont des plus défavorables. Nous ne parlons que pour mémoire des faits dans lesquels le pus vient fuser le long de la colonne vertébrale et se faire une route jusque dans le petit bassin, la région fessière, etc. Le malade abandonné à lui-même est exposé à tous les accidents de septicémie, de résorption purulente. Ajoutons à cela la syncope subite pouvant amener brusquement la mort par déplacement considérable du cœur.

Ceci dit, lorsqu'on est décidé à intervenir chirurgicalement, que doit-on faire pour évitier des accdents au malade ?

Il faut observer rigoureusement les précautions antiseptiques avant, pendant et après l'opération. L'antisepsie assure l'innocuité des manœuvres.

Avant l'opération, la paroi thoracique devra être rasée, s'il y a lieu, puis savonnée et lavée avec la solution de sublimé à 1/1.000. Puis des compresses stérilisées à l'autoclave et trempées dans une solution phéniquée chaude seront placées autour et aux environs du champ opératoire.

Une fois l'espace intercostal, sur lequel doit porter le bistouri reconnu, on incise au bistouri couches par couches les téguments.

Un bon procédé (celui dont notre maître, M. le Dr Terrier, s'est servi pour notre petit malade) est de vider d'abord la plèvre au moyen de l'aspirateur Potain ou Dieulafoy, dès que le malade est endormi, puis d'user de l'aiguille aspiratrice ou du trocart en place dans la plèvre comme guide, semblable à une sonde cannelée placée dans un trajet fistuleux et d'inciser l'espace intercostal en avant et en arrière de l'aiguille ou du trocart aspirateur.

Bien entendu, comme pour toutes les opérations, tous les instruments doivent être soit bouillis, soit stérilisés à l'avance à l'étuve, soit flambés.

Il ne faut pas craindre d'anesthésier, au moyen du chloroforme, le malade auquel on pratique la pleurotomie. Eu égard à la gêne respiratoire résultant de l'épanchement, on a longtemps redouté cet agent anesthésique. Mais il nous paraît sans danger, si l'on sait s'en servir. Cette anesthésie doit être pratiquée à doses faibles et continues, suivant le procédé que nous avons exposé dans la *Revue de Chirurgie* de 1888, procédé sur lequel notre ami, M. Marcel Baudouin, s'est longuement étendu dans une très intéressante revue parue dans la *Gazette des Hôpitaux* (7 et 14 juin 1890). Elle ne sera pas plus dangereuse dans ce cas que dans toute autre opération, si l'on surveille attentivement le malade, si surtout on l'écoute continuellement respirer.

Le premier pansement doit être enlevé au bout de vingt-quatre heures au plus tard ; le second au bout de deux jours. Mais si le pansement était traversé par le pus, il faudrait le refaire chaque jour, puis arriver à le renouveler le moins souvent possible. Donc la fréquence ou la rareté du pansement devront être subordonnés à l'abondance du pus.

Il faudra s'assurer chaque fois que l'écoulement de la sécrétion purulente se fait facilement ; et pour cela retirer le drain et le laver avec soin d'abord dans la solution phéniquée forte, puis dans le sublimé à 1/1.000.

La sortie constante et continue des liquides est le plus sûr moyen de réussite dans la pleurotomie.

L'examen de la courbe thermométrique est une sûre garantie du bon fonctionnement du drain. Il faut prendre autant de souci des pansements ultérieurs que de celui pratiqué le jour de l'opération. Et pour cela il faut s'assurer de la propreté exquise, de la pureté de ses mains. Il faut ne se servir que d'instruments flambés et trempés ensuite dans la solution phéniquée forte pour saisir le drain, pour couper les pièces de pansement, gaze, tarlatane, etc.

Il faut stériliser aussi complètement les cuvettes servant à contenir les solutions désinfectantes et les tampons destinés à l'essuyage du pourtour de la plaie.

Il faut être certain absolument de la propreté des aides que l'on emploie, sinon faire tout par soi-même.

Après avoir mis en place la tarlatane et l'ouate salolées ainsi que l'ouate hydrophile, il faut compléter le pansement par un bandage de corps en flanelle lavé préalablement dans la liqueur de van Swieten ou la solution de chlorure de zinc à 1/100.

Il n'est pas difficile, comme on l'a prétendu, l'ouverture une fois faite, de conserver dans la cavité pleurale le drain nécessaire à l'écoulement du pus. Il suffit de le mettre au début suffisamment gros, de le fixer aux téguments par un crin de Florence ou un fil de soie ; puis, s'il est utile de l'enlever pour le déboucher et le nettoyer, on peut le fixer par une longue épingle anglaise.

Un drain trop long peut gêner l'expansion pulmonaire.

Il faut retirer le drain graduellement et obtenir, par ce moyen, la cicatrisation du trajet des parties profondes vers les parties superficielles. Ou bien, on peut le remplacer par d'autres de plus en plus petits, au fur et à mesure que l'écoulement purulent diminue. Beaucoup de chirurgiens et de médecins sont partisans des irrigations pleurales. Telle n'est pas notre opinion. En effet, on n'est jamais sûr de l'asepsie complète du liquide employé pour faire ces lavages, ni des appareils destinés à injecter le liquide. Lister et ses élèves se sont élevés contre la pleurotomie avec lavages. Guinard, dans sa thèse (1884, p. 23), dit que, dans les cas simples, on pourrait se passer de toute injection. M. Blachez a cité plusieurs cas de guérison avec pleurotomie sans lavages dans des cas de pleurésie (*Gazette hebdom. de méd. et de chirurgie*, 8 octobre 1886, p. 664 et 665).

Le Pr Debove avait préconisé autrefois la pleurotomie avec un seul lavage pratiqué avec une solution désinfectante.

On comprendrait lorsqu'on est décidé à faire des lavages de les renouveler tous les jours, et même plusieurs fois par jour. Mais à quoi peut bien servir une seule irrigation, qui ne fait qu'un nettoyage relatif de la cavité pleurale, qu'une toilette insuffisante, incomplète ?

Nos maîtres, MM. les Drs Terrier et Quénu, ne font jamais d'irrigations dans la cavité abdominale après leurs grandes opérations de salpingites, de kystes ovariens, de néphrectomies, etc. Jamais non plus d'irrigations intra-utérines. M. Terrier nous a dit qu'il n'a jamais fait de lavages dans toutes les pleurotomies qu'il a pratiquées. Il se déclare l'adversaire convaincu de ces irrigations.

Même lorsque le liquide injecté ressort propre, le lavage est incomplet. Nous avons pu vérifier plusieurs fois cette assertion. Ainsi, nous trouvant en face de plusieurs pleurésies purulentes traitées par la pleurotomie, lorsque nous avions vu ressortir le liquide injecté parfaitement limpide, il nous est arrivé souvent d'aspirer, au moyen du trocart aspirateur et d'une sonde fixée à l'extrémité du trocart, le fond des culs-de-sac pleuraux. Et toujours nous avons recueilli du liquide parfaitement louche, parfaitement purulent. Cette expérience a été souvent aussi renouvelée par notre ami, M. Raymond, interne de M. le Dr Terrier. Il est arrivé aux mêmes conclusions que nous. Donc le lavage n'est qu'illusoire et ne donne qu'une sécurité absolument relative. Mlle Krafft (th. de Paris, 1884) cite un certain nombre d'observations de pleurotomie avec lavages de la plèvre. Or, après chaque lavage, on note une augmentation de température.

Les lavages ne peuvent avoir leur raison d'être que quand on a affaire à un écoulement absolument *putride*, quand une pleurésie purulente s'est déclarée consécutivement à une gangrène pulmonaire. Dans ce cas, on cherche à combattre, par tous les moyens possibles, l'odeur nauséeuse que répand le foyer purulent et l'injection est surtout désinfectante. Pour faire l'injection,

il ne faudrait ni seringue, ni irrigateur, dont le jet aurait une force trop considérable ; un entonnoir de verre, muni d'un tube en caoutchouc, terminé par une canule en verre, devrait être préféré à tout autre appareil. Mais il ne nous paraît pas impossible, même si l'odeur du liquide pleural est putride, d'obtenir l'antisepsie de la cavité purulente par la simple application de pansements rigoureusement antiseptiques et par des vaporisations de liquides désinfectants dans la chambre du malade.

Et puis, les lavages pleuraux ne sont pas sans danger. Nous avons noté l'*augmentation de température*, survenant après chaque lavage. Ce ne sont pas les seuls accidents. Ainsi, M. le Dr Auboin (*Epilepsie et hémiplégie pleurétique*, thèse 1878) a donné une description remarquable des accidents qui peuvent survenir à la suite des lavages répétés de la cavité pleurale :

« Chaque jour on fait dans la cavité pleurale une ou plusieurs injections d'eau tiède, tantôt alcoolisée, tantôt phéniquée; le malade supporte ces lavages sans inconvénient. Un mois, six semaines se passent, quelquefois davantage, et c'est même le cas le plus ordinaire. Tout à coup, sans que rien puisse faire prévoir le développement de pareils accidents, le malade qui est assis sur son lit et auquel on fait son lavage accoutumé, tombe à la renverse. Le visage est d'une pâleur mortelle, puis surviennent des convulsions, contractions toniques, contractures, véritable épilepsie pleurétique, à laquelle succède quelquefois l'hémiplégie. Malheureusement, dans certains cas, très graves, le malade peut ne pas reprendre connaissance ; à un accès en succède un autre, les contractures persistent et l'on a pu voir l'opistothonos. Sa respiration devient pressée, haletante, le pouls petit, fréquent ; au bout d'un temps qui varie de 18 à 15 heures, la mort vient terminer la scène. »

Puis, au chapitre pronostic et traitement, page 85, il conclut ainsi :

« Les malades qui sont victimes des accidents causés par les injections pleurales courent les plus grands dangers. Sur 9 cas, nous avons 4 morts, et l'état de ceux qui ont échappé à une terminaison funeste a inspiré les craintes les plus vives. »

Dans la thèse de M. Landouzy (th. agrégat., 1880, *des paralysies dans les maladies aiguës*), nous trouvons, à la page 106, une note de M. Maurice Raynaud, intitulée : *Des morts inopinées pendant ou après la thoracenthèse et des convulsions épileptiformes à la suite des injections pleurales :*

« Si voulez bien comparer entre eux ces deux faits malheureux, vous serez frappés de la remarquable similitude qu'ils présentent ; dans les deux cas, il s'agit de sujets jeunes, vigoureusement constitués, chez lesquels une pleurésie purulente d'emblée s'est développée dans le cours d'une pneumonie. Chez tous les deux, une première thoracentèse a été suivie d'une prompte reproduction de l'épanchement purulent. Chez tous les deux, l'ouverture permanente de la plèvre, par le drainage dans le 1er cas, par l'incision de l'espace intercostal dans le second, a été suivie d'une amélioration notable. Chez tous les deux, c'est au moment où l'on semble toucher à la guérison, c'est lorsque la cavité pleurale est déjà très rétrécie que cette effroyable complication vient tout remettre en question. Chez tous les deux, enfin, les convulsions éclatent inopinément au moment où l'on pousse une injection dans la plèvre, mais l'effet survit à la cause et les convulsions se reproduisent ensuite sans provocation.

Ces deux faits s'éclairent donc l'un et l'autre et je me crois autorisé à penser que, dans les deux cas, il s'agit non pas d'une épilepsie vraie, sur laquelle le hasard m'aurait fait tomber, mais d'accidents épileptiformes dont l'injection du liquide dans la plèvre est bien dûment responsable. »

M. Landouzy, page 241, parlant de la pleurésie consécutive aux lavages, dit :

« Mais il est dans la marche de cette paralysie une particularité vraiment remarquable et sur laquelle il nous faut insister, car elle nous permettra plus tard d'exclure certaines théories émises pour expliquer la cause, ce sont les alternatives d'augmentation ou de diminution qu'elle peut présenter. C'est ainsi que chez le malade de Lépine on voit la paralysie se développer sous le coup d'une injection pleurale droite. Le liquide injecté est la teinture d'iode.

Affaiblissement de la jambe et du bras droit. Les symptômes s'amendent. Deuxième injection iodée. La parésie devenue presque nulle prend une nouvelle intensité. C'est ce qu'on a pu observer aussi chez le petit malade de Bergeron. »

M. Landouzy, parlant encore de ces accidents, ajoute :

« On les a observés, le plus souvent, chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant et les jeunes gens (observations Bergeron, Cayley). La nature du liquide injecté ne semble pas avoir d'influence sur l'apparition des accidents, mais l'influence que peuvent avoir la force de l'injection ou l'abondance du liquide est bien plus manifeste. Ces deux causes ont été invoquées par MM. J. Godhart, Cayley, Moutard-Martin. »

M. Bouveret (1) a pu réunir 15 cas d'attaques éclamptiques et de paralysie transitoire consécutives aux lavages pleuraux. L'âge ne paraît avoir grande influence sur la production de ces attaques. Deux cas de 5 à 10 ans ; 2 cas de 11 à 20 ; 5 cas de 21 à 30 ; 5 cas après 30 ans. Dix fois l'accident s'est produit pendant le premier mois du traitement consécutif, et cinq fois seulement au delà du premier mois. Le plus souvent l'empyème date déjà de plusieurs mois lorsque paraît la complication nerveuse et la plèvre a pu subir de profondes modifications dues à la longue durée de la suppuration. En effet, l'empyème datait de six mois dans le cas de J. Simon, de 5 mois et demi dans celui de Brouardel, de trois mois dans les observations de Vallin, de von Dusch et de Walcher ; de deux mois et demi chez le malade de Raynaud, de deux mois chez celui de Cayley ; de 50 jours dans l'observation de Berbès et d'un mois chez un autre malade de Raynaud.

Dumontpallier, lui aussi, a observé pendant ces lavages des accidents épileptiformes :

« Sur 17 ou 18 cas d'empyème que j'ai pratiqués, j'ai observé trois fois dans les mêmes conditions cette crise épileptiforme ; j'ai un quatrième malade chez lequel, bien qu'il n'y ait plus qu'un trajet fistuleux pleuro-cutané, j'amène des vertiges en poussant une injection un peu forte, et je ne doute pas que, si je voulais insister, j'irais jusqu'à déterminer une véritable attaque épileptiforme causée par la distension de la cavité pleurale (2). »

M. le Dr Saint-Philippe a observé pendant un lavage de la plèvre une crise d'épilepsie hémiplégique chez un malade auquel il avait pratiqué la pleurotomie antiseptique pour une pleurésie purulente.

Chez son malade qui n'était ni épileptique, ni albuminurique, ni syphilitique, il a pu affirmer que la crise observée se rattachait à de l'épilepsie jacksonnienne, après l'injection dans sa plèvre de 100 gr. d'une solution phéniquée faible. Début par de l'aura au membre supérieur gauche, puis convulsions localisées au côté droit de la face. Les uns et les autres de ces phénomènes avaient été précédés d'une demi-syncope avec cécité, et furent suivis d'hémiplégie (3).

Au *Congrès de Chirurgie*, M. Le Fort a signalé un accident produit par l'injection dans la plèvre de 100 à 120 gr. de liquide.

(1) *Loco citato*, p. 317 et autres.
(2) Société Médic. des Hôpitaux, 10 aout 1883.
(3) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 13 juin 1886, n° 46.

Le malade supportait bien l'injection, mais tout à coup il se renversa sur son lit et perdit toute mobilité et toute sensibilité. Le malade revint à lui en conservant encore une paralysie du membre inférieur et un état mental tenant probablement à une apoplexie (1).

En février 1889, M. le Dr Rendu a vu survenir un cas de mort chez un malade auquel il faisait une injection d'eau boriquée dans la cavité pleurale, six mois après une pleurotomie (2).

Quelle est la physiologie pathologique de ces accidents? Dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Raynaud a établi une étroite relation entre l'excitation de la plèvre par un lavage et l'explosion soudaine des accidents nerveux.

Il a supposé que cette excitation partie de la plèvre est conduite par l'un des nerfs centripètes du thorax, probablement le nerf phrénique, jusqu'aux centres bulbaires, et de là provoque par voie réflexe la constriction des vaisseaux encéphaliques. Quelle que soit la valeur de l'hypothèse, le fait qu'elle explique est aujourd'hui généralement accepté. Entre l'excitation de l'abcès pleural et l'attaque éclamptique, paralytique ou syncopale, il y a une relation évidente de cause à effet.

L'hypothèse de l'embolie a été soutenue par MM. Vallin, Walcher et plus récemment par M. von Dusch. Ces auteurs ont admis pour expliquer ces accidents que les veines du poumon comprimé sont plus ou moins oblitérées par des concrétions sanguines. Au moment où se rétablit la circulation dans le poumon comprimé, des thrombus ou des détritus granuleux peuvent être détachés des veines pulmonaires et lancés dans la circulation du cerveau. Mais, jusqu'à présent, les résultats des autopsies plaident contre cette hypothèse. Nous inclinons donc plutôt vers celle de Maurice Raynaud, bien que nous comprenions mal qu'une séreuse qui subit impunément depuis plusieurs semaines le contact d'un liquide irritant présente tout d'un coup à un moment donné un tel degré d'excitabilité.

Les liquides injectés dans les plèvres peuvent produire des accidents d'intoxication. Ainsi, on a cité des intoxications produites par l'eau phéniquée et par le sublimé. Le sublimé, en particulier, qui tient le premier rang par son action germicide, est très toxique. Comme le dit Laveran (*Bulletin médical*, 25 mai 1890, p. 485): « Le médecin qui a introduit dans la plèvre d'un de ses malades une solution du sublimé, ne doit pas être très tranquille sur les suites de cette opération. » Et plus loin: « D'autre part le sublimé, qui n'est pas résorbé, s'unit à l'albumine du pus pour former un composé insoluble, de sorte que si l'action antiseptique du sublimé est énergique, elle est très passagère. »

Si l'on injecte du salol ou du naphtol, on se bute contre un autre inconvénient. Ces deux corps sont insolubles dans l'eau et dans le pus. Ils doivent se précipiter très vite et former un magma qui ne se dissout pas. Si l'on injecte de l'acide borique, l'effet microbicide est à peu près nul.

Enfin, quel que soit le liquide employé, on conçoit parfaitement que celui-ci, injecté dans la cavité pleurale, ne suffit pas à détruire les micro-organismes infiltrés dans les parois de l'abcès pleural et que ces micro-organismes se montrent de nouveau dans le pus, quand l'action de l'antiseptique s'est épuisée.

Ces accidents ne sont pas les seuls. En effet, la guérison de la pleurésie purulente doit être obtenue par l'adossement, par l'accolement intime des deux feuillets pleuraux. Or, en injectant des liquides dans la cavité pleurale, que fait-on, si ce n'est détruire cette réunion des feuillets qui est le but du traitement. On rompt, on déchire les adhérences qui se produisent entre la plèvre viscérale et la plèvre pariétale. On risque de faire saigner les fausses membranes et de créer des voies d'absorption aux microbes contenus dans le liquide pleural, et par suite un terrain de culture favorable à leur évolution.

Mais là ne sont pas les seuls inconvénients qui résultent des injections pleurales. Celles-ci sont souvent douloureuses. Elles irritent de plus en plus la plèvre qui suppure davantage, qui s'accroît en épaisseur. Par suite de cet épaississement l'expansion pulmonaire est considérablement gênée, et la guérison ne s'opère que très tardivement. Si cette guérison se produit, elle est entravée par des fistules intarissables, absolument comme ces abcès aigus qui se transforment en abcès chroniques : et l'individu porteur de ces fistules est exposé à l'érysipèle, aux irritations de la peau, aux complications aiguës du côté du poumon pouvant survenir par poussées successives, et végète avec une infirmité dégoûtante.

En résumé, la méthode antiseptique sans lavage présente les avantages suivants : 1° Elle évite les douleurs et l'augmentation de la fièvre chez les malades. 2° Elle permet au foyer de se rétrécir beaucoup plus sûrement et plus vite, car les injections tendent à détruire les produits plastiques formés dans la plèvre. D'un autre côté, la compression exercée par le pansement vient ajouter une chance de plus au prompt accolement des parois de la poche. 3° Elle évite les accidents de septicémie, en supprimant l'introduction journalière dans la cavité d'un air plus ou moins imprégné de germes malfaisants. 4° Elle met à l'abri des intoxications produites par les antiseptiques sous forme d'injections. 5° Elle supprime les chances de production de ces accès épileptiformes, toujours fort inquiétants, et souvent mortels, les accès d'éclampsie pleurétique occasionnés par les injections, les paralysies consécutives, et même la mort subite syncopale. 6° Enfin, la guérison est beaucoup plus prompte que par toutes les autres méthodes.

(1) *Congrès français de Chirurgie*, séance du 14 mars 1888, *France médic.*, n° 46, 19 avril 1888, p. 557.

(2) L'observation du malade nous a été obligeamment communiquée par M. Magdelaine, interne provisoire des hopitaux. Elle a fourni à M. le Dr Rendu le sujet d'une intéressante clinique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — *Légion d'honneur*. — M. le Dr Decuignières, maire de Clermont (Oise), est nommé chevalier de la Légion d'honneur. M. le Dr Viret, directeur-médecin en chef honoraire de l'asile départemental d'aliénés de Prémontré (Aisne), est nommé de même chevalier de la Légion d'honneur.

INFIRMIÈRE VOLEUSE. — « Une garde-malade de la maison Dubois, nommée Cerisier, 58 ans, a été arrêtée, pour vol, à son domicile, rue Riquet. Le commissaire n'a pas trouvé d'argent mais on a saisi du linge et des couverts : fourchettes, couteaux et cuillers portant la marque de la Maison Dubois. La voleuse a été envoyée au dépôt. » Il ne s'agit pas là d'une infirmière de la Maison Dubois, mais d'une garde particulière choisie par un malade. On sait que, dans cet établissement, les pensionnaires ont le droit, moyennant salaire, d'avoir une garde spécialement attachée à leur service. Il est vivement à désirer que l'administration place auprès des malades des infirmières à elle, comme cela se fait dans certains établissements anglais. Nous croyons aussi, qu'au fur et à mesure des vacances, il conviendrait de ne placer à la Maison municipale de santé que des infirmières diplômées. C'est là de modestes améliorations sur lesquelles nous avons maintes fois appelé l'attention.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le stage obstétrical à la Faculté de médecine de Paris.

L'organisation du stage obstétrical tel qu'il a été adopté par la Faculté de médecine de Paris soulève de nombreuses critiques. Dans notre numéro du 4 avril, nous avons montré que la durée du stage était insuffisante et que cette insuffisance était encore aggravée par l'obligation imposée aux étudiants de faire ce stage dans les deux services de clinique officielle de la Faculté. En supposant que les stagiaires soient d'une exactitude exemplaire, ils ne pourront assister qu'à un petit nombre d'accouchements. Cela ressort nettement de la statistique suivante.

Le nombre des lits réservés aux accouchements est, à la Clinique, de 62. Il y a eu dans cet hôpital 1,145 accouchements en 1889 et 1,184 en 1890. A la clinique Baudelocque, qui dispose de 107 lits, il y a eu, en 1890, 1,245 accouchements. Soit en tout 169 lits qui ont donné, en 1890, 2,429 accouchements pour plus de 400 étudiants. Ajoutons que les étudiants ne peuvent profiter de la totalité des accouchements, en raison des vacances, et aussi par suite de l'enseignement à donner aux sages-femmes de la Clinique de la rue d'Assas. Avec ces ressources limitées, les jeunes médecins ne peuvent donc acquérir une pratique convenable des accouchements. Or, comme nous l'avons dit, des ressources considérables existent à Paris, en dehors des deux Cliniques officielles, et nous avons reproché à la Faculté de ne pas les utiliser.

Nous n'avons pas été le seul à critiquer cette nouvelle mesure. Le *Journal de médecine de Paris* du 12 avril s'exprime ainsi :

« Pourquoi ne pas avoir autorisé les étudiants à choisir le service où ils préféraient faire leur stage ? N'apprendraient-ils pas aussi bien les accouchements dans les maternités des hôpitaux, avec des maîtres qui s'appellent Budin, Bar, Ribemont-Dessaignes, etc?... Nous avouons ne pas comprendre à quel mobile ont obéi les promoteurs de ce projet, qui est très sujet à critiques et donnera des résultats aussi peu satisfaisants que possible.

« Innover est bien, mais il faudrait pourtant que les innovations soient intelligemment comprises, et celle dont nous parlons n'est pas dans ce cas. Nous plaignons sincèrement Messieurs les chefs de clinique obstétricale, déjà si occupés, de ce surcroît de besogne qui va leur incomber. Car, qui sera chargé, sinon eux, de surveiller et d'instruire tous ces stagiaires? Ils seront donc obligés de ne plus quitter la salle d'accouchements tous les jours, de 9 heures du matin à 10 heures du soir... Il faut avouer, dans ces conditions, qu'ils gagneront bien les 100 francs qui leur sont si généreusement alloués par mois!

« Enfin, nous voudrions savoir comment l'on recrutera le nombre suffisant de femmes enceintes. Nous prévoyons déjà une lutte acharnée à cet égard, la Faculté essayant de faire entrer dans ses deux services de clinique les femmes qui voudraient aller accoucher soit à la Charité, soit à Beaujon, ou ailleurs. Cette chasse à la femme grosse ne manquera pas de gaîté. »

Nous trouvons une nouvelle confirmation des critiques que nous avons formulées dans le *Bulletin médical* du 15 avril. « Si le stage obstétrical, dit ce journal, est une modification heureuse apportée à l'enseignement médical, il nous semble que la façon dont il est organisé est très défectueuse. »

Il fait d'abord remarquer qu'il aurait été bon de dispenser de ce stage les externes qui ont été attachés à des services d'accouchements, qui ont pu acquérir, durant leur année d'externat, plus de connaissances que le stage d'un mois ne saurait en donner. Seuls les internes actuels ou anciens des services d'obstétrique bénéficient de la dispense. Quant au stage des autres internes, dans quelles conditions pourra-t-il se faire, et quelles conséquences aura-t-il, au point de vue hospitalier, pour les services de médecine et de chirurgie ?

« Il est dit encore, continue le *Bulletin*, que le stage sera obligatoire dans un des deux services de clinique obstétricale. Comment, au moment où tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'enseignement clinique, tel qu'il est fait par la Faculté, est insuffisant; au moment où les professeurs de clinique de médecine et de chirurgie demandent la création de nouveaux professeurs de clinique choisis parmi les médecins des hôpitaux, c'est à un pareil moment que les professeurs de clinique obstétricale vont être obligés de monopoliser l'enseignement des accouchements! C'est là une erreur et une injustice.

« Erreur, parce que si tous les élèves sont obligés de suivre les deux services de clinique obstétricale, ceux-ci seront encombrés rapidement, et les étudiants ne profiteront pas de l'enseignement obstétrical qui leur sera donné, quelque sérieux qu'il puisse être. Le résultat obtenu sera donc détestable.

« Injustice, parce que déjà, parmi les accoucheurs des hôpitaux, plusieurs ont disposé leurs services de manière à ce que les étudiants qui le désirent puissent les suivre, et les résultats obtenus jusqu'ici sont excellents. Il est donc injuste, suivant nous, de ne pas reconnaître les services que ces accoucheurs des hôpitaux ont rendus et surtout de ne pas leur permettre de continuer ce qu'ils avaient si bien commencé. C'est, en outre, décourager pour l'avenir ceux qui ont envie de bien faire. Et d'ailleurs, puisque le stage en médecine et en chirurgie peut être fait dans le service que l'étudiant préfère, nous ne voyons pas pourquoi il n'en serait pas de même pour l'obstétrique. »

La Faculté ne devrait avoir en vue que l'intérêt des étudiants et de l'enseignement. Chaque fois qu'un nouveau cours se fait dans les hôpitaux, elle devrait l'utiliser. Loin de là, elle ne tire même pas profit, pour ses élèves, des médecins, des chirurgiens et des accoucheurs des hôpitaux qui lui appartiennent en qualité d'agrégés. Que les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs qui n'ont pas eu l'honneur d'être agrégés réfléchissent aux procédés de la Faculté envers ses agrégés, et ils pourront se faire une idée de ce qu'ils peuvent en espérer pour eux! C'est à eux de se grouper, de s'entendre, de faire des cours pratiques, et de profiter des dispositions favorables du Conseil municipal. B.

La Synthèse de la Quinine.

Nous ne pouvons laisser passer la communication de MM. E. Grimaux et H. Arnaud à l'Institut, lundi dernier, sans attirer spécialement sur la belle et utile découverte qu'elle annonce toute l'attention de nos lecteurs. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que de la *synthèse de la Quinine*, ce médicament si précieux, si difficile à se procurer, même de nos jours, d'une fabrication jusqu'ici fort dispendieuse, d'un prix de plus en plus élevé, en raison de la diminution croissante et un peu alarmante des quinquinas du Pérou.

Les savants professeurs du Muséum et de l'Ecole polytechnique ont fait faire là un pas des plus importants à la chimie organique. Nous le répétons avec plaisir, car nous n'avons pas dans ce journal à nous intéresser seulement aux progrès du domaine de la science pure, — et ça en est un très grand, — pour nous autres, médecins ou pharmaciens, pour les malades, c'est une grande découverte que d'avoir pu obtenir une quinine de synthèse. Et ce résultat de patientes recherches va avoir une bien autre portée industrielle, dans quelques jours à peine !

Partis de la *Cupréine*, base qu'on trouve dans le *Remijia pedunculata* (c'est une Rubiacée du Brésil (1), qui doit son nom au médecin brésilien Remijio et qui ne possède pas les alcaloïdes des quinquinas), ces chimistes ont pu transformer ce corps en quinine de synthèse, absolument analogue à la quinine naturelle.

L'impasse où nous acculait la disparition progressive des quinquinas est donc désormais sans danger. Nous savons tourner la difficulté. Il va suffire de s'adresser aux nombreux *Remijia*, qui couvrent toutes les vastes plaines du Brésil, pour se procurer, à prix relativement très modérés, le principe qui sera désormais le point de départ de la fabrication artificielle de la quinine. C'est dire qu'un arbrisseau sans valeur jusqu'à aujourd'hui va tout à coup devenir un végétal de prix. C'est une autre... Révolution brésilienne à l'horizon ; mais une petite, celle-là, dans le règne des plantes et non des animaux !

L'intérêt de cette magistrale communication est encore dans ce fait qu'avec la Cupréine on va pouvoir obtenir d'autres corps, utilisables comme médicaments ; nous voulons parler de tous ceux qu'on va pouvoir désormais créer sur le même type, le même moule que la quinine, et qui seront très vraisemblablement doués, comme elle, de remarquables propriétés physiologiques.

Notre rôle est de compter les coups, dans ce jeu qui s'appelle la poursuite de la vérité. En voilà un bon ; c'est même un véritable coup de maître. Nous tenions à le souligner en l'inscrivant au tableau. Marcel B.

(1) Tribu des Cinchonées de De Candolle. Les *Remijia* sont des arbrisseaux grêles du Brésil. On se sert souvent dans ce pays de l'une des espèces comme succédané du quinquina.

Cours de Médecine légale. — M. Brouardel, professeur.

Avant de commencer l'étude des empoisonnements qui fera le sujet des cours de cette année, M. Brouardel a fait devant son auditoire l'explication de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine. Le chapitre sur lequel il insiste longuement, et qui a déjà donné lieu à de longues controverses, est celui concernant les officiers de santé. On a dit et répété que ces derniers sont surtout créés pour la campagne, et que c'est là qu'ils rendent le plus de services, dans ces milieux où il n'est pas indispensable d'avoir une instruction médicale considérable, et où ces médecins sont obligés de se contenter d'un prix très modique. Or il ressort des enquêtes faites sur le nombre des médecins en France qu'il y a en général, sauf pour Paris, un officier de santé pour 10 docteurs. A Paris il existe 182 officiers de santé pour 2.188 docteurs. La proportion est donc presque aussi forte que dans les départements. Comme points extrêmes, on peut prendre le Finistère et la Lozère ; dans le 1er département il y a 13 officiers de santé pour 90 docteurs, et dans le second, le département le plus pauvre de la France, il y a 1 officier de santé pour 30 docteurs. Dans ce dernier département il existe 4 cantons où il n'y a ni docteurs ni officiers de santé. En somme, les officiers de santé se répartissent presque également, si ce n'est dans les pays les plus pauvres où on pourrait croire les trouver plus nombreux. La nouvelle loi militaire n'a pas cru devoir s'occuper des officiers de santé ; de sorte que ces derniers, n'ayant aucun privilège en temps de guerre, tâcheront de devenir docteurs. Il ne se créera plus d'officiers de santé. Il en restera bien quelques-uns qui viendront faire du charlatanisme à Paris, et une certaine quantité d'anciens officiers de santé qui diminueront progressivement de nombre ; à un moment donné, on pourra les faire rentrer dans le doctorat.

Cours d'Anatomie pathologique. — M. le Pr Cornil.

Ce cours s'est ouvert le vendredi 10 avril, à 4 h., dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique. Suivant son habitude constante, M. Cornil a choisi un sujet limité sur lequel il exposera l'état complet de la science, avec toutes les vérifications qui auront pu être faites par lui-même, dans son laboratoire, sur les faits exposés. L'objet du cours sera cette année l'histoire des lésions des os. C'est une des questions les plus difficiles, l'une de celles que les remaniements apportés par la bactériologie ont le plus modifié. Une revision de ce vaste sujet s'impose donc ; et il est probable que M. Cornil consacrera, dans un ouvrage spécial, comme il l'a fait pour les métrites et les salpingites, les résultats de ses leçons. Pourtant, tous ceux que l'anatomie pathologique intéresse auront le plus grand profit à assister aux leçons mêmes du professeur, toujours si claires et si détaillées, sans fouillis ni embarras, et à suivre par eux-mêmes la façon dont se fait la science.

Cours de démonstrations pratiques de Physiologie. — M. Laborde, chef des travaux.

L'amphithéâtre des travaux pratiques de physiologie était au complet pour l'ouverture du cours de M. Laborde. Les élèves de deuxième année, convoqués à ces démonstrations pratiques, avaient été exacts au rendez-vous, comprenant toute l'importance de ces exercices.

Dans une série d'expériences, brillamment exécutées, M. Laborde a établi les grandes lignes de la technique en même temps qu'il mettait en lumière l'importance des études physiologiques à tous les points de vue. Un exemple frappant nous en est donné par l'histoire de la lymphe de Koch, essayée d'abord sur les malades et qui a entraîné des accidents mortels, alors que des inoculations préalables sur les animaux eussent suffi à en montrer la nocuité. L'objet du cours cette année sera l'étude des grandes fonctions de l'économie. M. Laborde donne d'abord un historique très intéressant de la circulation, et, à la fin de sa leçon, en montre les points principaux.

De nombreux applaudissements ont souvent interrompu l'orateur. Sa grande affabilité lui a gagné toutes les sympathies. Son talent d'exposition et son habileté remarquable d'expérimentateur lui assurent un nombreux auditoire.

L'Influenza aux Etats-Unis. — L'intensité de l'épidémie d'Influenza continue à s'accroître à New-York. Il y a eu, samedi dernier, 22 décès pour cause d'influenza. Pour la semaine dernière, le nombre de ces décès est de 108 et le nombre des décès en général de 1,216.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. RANVIER. — *Transformations* in vitro *des cellules lymphatiques en clasmatocytes.* — Lorsqu'on dépose une goutte de lymphe péritonéale de la grenouille, recueillie au moyen d'une pipette stérilisée au milieu d'une cellule de verre, on reconnaît, à l'aide du microscope, à côté des globules rouges du sang, des cellules lymphatiques amiboïdes. Ces cellules ont des mouvements très vifs lorsque l'examen est fait à la température de 15° c ; si, au contraire, on porte la température à 25° c., on les voit s'immobiliser en revêtant les formes complexes qui caractérisent les clasmatocytes. Elles présentent alors des prolongements arborisés d'une longueur et d'une complexité plus ou moins grandes. A côté de ces clasmatocytes typiques, on trouve des cellules affectant des formes intermédiaires avec les cellules lymphatiques amiboïdes, c'est-à-dire présentant encore des mouvements partiels d'une grande lenteur. Les prolongements des clasmatocytes normaux comme ceux des éléments obtenus *in vitro* ne s'anastomosent jamais entre eux.

M. Ch. BOUCHARD. — *Essai de vaccination par les doses minimes de matière vaccinante.* — Les matières vaccinantes, de même que les matières toxiques sécrétées par les microbes, s'éliminent par les urines chez les malades infectés. Avec les urines stérilisées de lapins atteints de la maladie pyocyanique, on peut vacciner d'autres lapins en injectant des quantités qui ont oscillé entre 145 cc. et 10 cc. En précipitant par l'alcool 10 cc. d'urine d'un animal atteint de maladie pyocyanique, on peut, en injectant le précipité ainsi obtenu, déterminer chez un autre lapin une immunité relative. Cette expérience prouve que les matières vaccinantes appartiennent au groupe des substances que l'alcool précipite.

M. GLEY. — *Sur les troubles consécutifs à la destruction du pancréas.* — Les expériences de von Mering et Minkowski ont démontré que l'extirpation complète du pancréas détermine toujours le diabète chez le chien. Cette glycosurie peut aussi être obtenue par la ligature des veines pancréatiques. Mais sur 7 chiens opérés dans ce but, 3 seulement ont présenté de la glycosurie et encore ce trouble n'a duré que 24 heures. On peut donc admettre que, normalement, il est nécessaire que la circulation veineuse du pancréas ne soit pas complètement supprimée pour que l'organe puisse agir sur les matières sucrées de l'économie. Dans une autre série d'expériences, M. Gley a cherché à détruire le pancréas autrement que par l'extirpation. C'est à l'aide de l'injection de glycérine colorée au bleu C_4B ou de suif coloré au violet $_5B$ que l'on obtient les meilleurs résultats, car l'injection colorée permet de reconnaître immédiatement si tout le pancréas a été injecté. Il est toujours nécessaire de faire précéder cette injection de la ligature du conduit accessoire. Le phénomène obtenu par ce procédé a toujours été transitoire jusqu'à présent.

M. HÉDON. — *Sur les phénomènes consécutifs à l'altération du pancréas déterminée expérimentalement par une injection de paraffine dans le canal de Wirsung.* — En injectant de la paraffine dans le canal de Wirsung, puis en pratiquant l'extirpation de la portion verticale du pancréas, on obtient les mêmes phénomènes que par l'extirpation totale de la glande. Le tissu de la portion horizontale injectée présentait au bout de quelques jours des modifications profondes (sclérose et altération des acini). Les animaux opérés ont tous présenté des troubles profonds de la nutrition : troubles digestifs passagers, polyphagie, amaigrissement, polyurie, azoturie et dans quelques cas glycosurie passagère. La glycosurie se montrait 8 à 10 jours après l'opération, elle était peu importante et très fugitive. L'azoturie était très accusée et paraissait être l'expression d'un trouble dans l'utilisation de l'azote par les tissus. Cette azoturie était liée à la polyphagie. Elle diminuait parallèlement à la ration alimentaire. Mais alors la consomption se produisait, tandis que celle-ci n'avait lieu lorsqu'on donnait à l'animal une forte quantité de nourriture. On est en droit de rapprocher les symptômes observés chez cet animal de ceux qui se montrent dans le diabète insipide azoturique à forme consomptive.

MM. A. ARNAUD et A. CHARRIN. — *Recherches chimiques sur les sécrétions microbiennes. Transformation et élimination de la matière organique azotée par le bacille pyocyanique dans un milieu de culture déterminée.* — Les analyses montrent que la formation de la pyocyanine, cette matière colorante, si caractéristique de la culture du bacille de Gessard, est très secondaire. Sa proportion varie dans de faibles limites, de 3 à 6 mgr. par litre, même dans les cultures relativement assez colorées. Inversement, dans telle culture presque incolore, on peut constater qu'une quantité considérable de matière organique azotée a été transformée par le bacille en produits élémentaires. Les produits principaux qui prennent naissance sont l'ammoniaque et l'acide carbonique. Lorsqu'on cultive le bacille pyocyanique dans un milieu artificiel contenant de l'asparagine, on constate que la proportion d'azote ammoniacal, nulle au début, va sans cesse en augmentant jusqu'au 15 au 16e jour, époque où la culture s'arrête faute d'aliments. L'asparagine décroît très rapidement et soixante heures après l'ensemencement il n'est plus possible d'en déceler la présence. Le bacille paraît dédoubler l'asparagine par hydratation au moyen d'une diastase. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

M. GLEY dépose une note de M. HÉDON sur les *effets de l'injection de paraffine dans le canal de Wirsung.* — La glande se détruit comme dans l'injection d'huile de Cl. Bernard, et l'on observe de l'amaigrissement et de l'azoturie. M. Gley a contrôlé ces expériences ; il a fait, de plus, la ligature des vaisseaux nerveux du pancréas. Cette expérience produit la glycosurie.

M. GLEY dépose une autre note de MM. COMBEMALE et LAMY sur l'*urologie des tuberculeux* traités par la tuberculine de Koch. Sur dix-huit malades observés à Lille, on a constaté en général une légère albuminurie, l'abaissement de l'excrétion de l'urée, et la réaction de Erlich, dite diazo-réaction, qui caractérise certaines substances de la série aromatique, est augmentée.

M. BOUCHERON montre un dessin représentant les *nerfs ciliaires superficiels* d'après ses recherches basées sur l'emploi du chlorure d'or. (Voir *Soc. d'Oph.*)

M. Georges POUCHET a constaté autrefois la *formation de pigments mélaniques* sur des tissus conservés depuis très longtemps dans l'alcool. C'est à un hasard de laboratoire que cette constatation était due. Actuellement, après avoir recherché le déterminisme expérimental du fait, M. Pouchet précipite l'hémoglobine du sang à l'état de mélanine, en se servant d'un mélange de bichlorure de mercure et d'alcool. Par ce procédé on obtient la précipitation de l'hémoglobine du sang de cheval sous forme de granules isolés en amas, qui sont noirs et insolubles dans l'acide chlorhydrique. C'est donc bien à de la mélanine que l'on a affaire.

M. KAUFFMANN communique une note de MM. CADÉAC et Albin MEUNIER (de Lyon) sur *les principes actifs du vulnéraire.* — D'après ces auteurs, le pouvoir toxique de cette liqueur complexe serait dû en partie aux essences de romarin et de sauge. Cette dernière est un convulsivant puissant, paraissant plus actif que l'essence d'absinthe et provoquant chez le chien, à la dose de 0,005 centig., en injection intra-veineuse, de véritables accès d'épilepsie.

M. ONANOFF a étudié l'*anatomie du nerf optique chez les Céphalopodes,* Mollusques chez lesquels l'organe de la

vision est très développé. Il a constaté qu'il existe une association croisée entre les fibres de la rétine d'une part et les fibres sensitives et motrices du globe de l'œil d'autre part. Il s'ensuit qu'un point lumineux agissant sur la partie supérieure de la rétine provoque la mise en jeu des nerfs moteurs de la partie inférieure. D'après l'auteur, ces résultats obtenus chez le Calmar seraient applicables aux Vertébrés et à l'homme.

M. Giard donne la description d'un *champignon parasite du ver blanc du hanneton.* Ce champignon donne une culture rouge sur l'agar. Il détruit assez rapidement les larves du hanneton.

M. Bonnier dépose une note de M. Aubert sur la respiration des Cactées. Elles mettent en liberté de l'oxygène et de l'acide carbonique simultanément, sous l'influence d'une température peu élevée (de 15° à 35°).

M. Bonnier montre un perfectionnement de l'*endiomètre de Schlessing.*

Elections. — M. Fabre-Domergue est élu membre de la Société de Biologie par 30 voix sur 39 votants.

Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 *avril* 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. le Secrétaire Général donne lecture d'un pli cacheté déposé par M. Germain Sée le 4 novembre 1890, relatif à une *nouvelle méthode de traitement de la phtisie pulmonaire.* Cette méthode consiste dans l'emploi d'atmosphères artificielles sous pression, au moyen d'un appareil à air comprimé dans lequel le malade séjourne de 3 à 6 heures, et contenant des fumigations de créosote mêlées d'eucalyptus. Sous l'influence de cette méthode l'état local seul persiste, mais s'il ne disparaît pas il est au moins enrayé.

M. Germain Sée ajoute que sur 10 malades ainsi traités il a obtenu les résultats suivants. Sur 3 scrofulo-tuberculeux, 2 ont été guéris et 1 amélioré; sur 4 phtisies pulmonaires au second degré, 2 ont été guéries, et 2 très améliorées; 1 hémoptysie a été guérie, mais non la maladie; 2 phtisies incomplètement traitées ont été aggravées après avoir eu de l'amélioration. En somme, ce traitement, qui agit surtout sur l'état général qui s'améliore beaucoup, et ensuite sur l'état local dont les signes diminuent, constitue avant tout une antisepsie broncho-pulmonaire utile pour la prolongation de l'existence et en tous cas inoffensive.

M. Cornil, au nom de M. Péan et au sien, rapporte une *observation d'ostéo-périostite consécutive à la fièvre typhoïde avec conservation des bacilles vivants dans les foyers inflammatoires.* Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans qui présenta au cours de la convalescence des lésions ostéo-périostiques au niveau des deux tibias. Au centre des deux foyers périostiques existait une petite cavité où des cellules rondes étaient libres. Même structure des bourgeons médullaires contenus dans la cavité creusée dans le tissu compact de l'os. La coloration des bacilles typhiques n'a pu être obtenue, mais l'ensemencement a donné les résultats les plus nets et a permis d'isoler un bacille dont tous les caractères étaient ceux du bacille typhique.

M. Frémont (de Vichy) fait une communication sur la *nutrition chez les diabétiques, et ses modifications sous l'influence des alcalins.* — Dans le diabète la désassimilation est toujours augmentée, quelle que soit la période d'évolution de la maladie, et elle se fait surtout *aux dépens des matériaux azotés.* Avant tout traitement, sur 63 diabétiques, les oxydations étaient augmentées chez 42, diminuées chez 16, normales chez 5. Sous l'influence de la cure de Vichy, l'urine devient moins acide, moins dense, la polyurie nocturne disparaît, le sucre baisse, et tombe à zéro chez 57 malades sur 130. Le poids des malades augmente d'un kilogramme, tandis que les obèses ont de la tendance à maigrir. Chez les 42 diabétiques dont le coefficient d'oxydation azotée était en moyenne 883 0/00, il est tombé à 797 0/00. Chez ceux dont il était momentanément abaissé et en moyenne de 726 0/00, il était remonté à 800 0/00, relèvement dû à la stimulation de l'appareil digestif par les douches, et l'emploi des eaux ferrugineuses. En somme les eaux minérales alcalines peuvent être très utiles quand on tient compte des oxydations chez les diabétiques, mais on doit les proscrire quand les oxydations sont définitivement abaissées.

La Discussion *sur les causes de la dépopulation* de la France continue.

M. Le Fort pense que le tour ou le bureau secret ne peut remédier à une cause importante de la dépopulation, à savoir la fréquence des avortements. Il passe en revue les dispositions prises en Russie et en Autriche où elles sont très libérales. En France, une fille enceinte ne peut accoucher secrètement nulle part. S'il est utile de régulariser l'abandon des nouveau-nés pour leur sauver la vie, il faut aussi prévenir l'avortement en instituant l'accouchement secret.

M. Tarnier rappelle un règlement de la Maternité datant de 1802 et tombé en désuétude, qui permettait aux femmes de n'être inscrites que sous un numéro d'ordre sur le registre d'admission. Aujourd'hui si une personne désire garder le secret, on ne transmet pas à l'administration de l'Assistance ses nom et prénoms, mais seulement le numéro. De plus les femmes peuvent se présenter masquées et refuser toute espèce de renseignements, quoi que cela soit gênant pour leur état civil si elles viennent à mourir à l'hôpital.

M. Brouardel répond que quel que soit le système adopté, tour ou bureau ouvert, il ne mettra pas à l'abri du crime d'infanticide ou d'avortement les filles ou veuves réputées honnêtes qui s'en rendent coupables pour éviter le déshonneur. La fréquence des infanticides en France va en croissant, et plus à la campagne qu'à la ville. De plus, depuis la fermeture des tours, les infanticides ont triplé dans un grand nombre de départements. Mais dans ceux où il y a de grandes villes permettant aux filles-mères de se réfugier, ils n'ont pas augmenté. Appuyant la proposition de M. Le Fort, il demande à l'Académie de faire précéder la conclusion qui lui est soumise de la phrase suivante: « Pendant les derniers mois de leur grossesse, les filles ou les femmes qui ne peuvent plus travailler, soit à cause de leur état de santé, soit parce que leur état de grossesse ne leur permet plus de conserver leur place, doivent être hospitalisées dans des conditions telles que, si elles le désirent, le secret le plus absolu soit gardé sur leur présence et sur leur accouchement. »

M. Lagneau préfère au tour le bureau ouvert tenu par une personne assermentée astreinte au secret.

M. Budin montre à l'Académie deux dessins représentant une femme atteinte de *bassin oblique ovalaire ou bassin de Nœgelé.*

Election de deux associés nationaux. — 1re *Election.* Sur 56 votants, obtiennent: MM. Levieux (de Bordeaux), 48 voix (Elu); Mignot (de Chantelle), 4; Rollet (de Lyon), 2. — 2e *Election.* Sur 56 votants, obtiennent: MM. Mignot, 31 voix (Elu); Rollet, 14; Nivet (de Clermont-Ferrand), 10; Bulletin blanc, 1.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 3 *avril* 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Laveran lit une note de M. Vigenot sur le *traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections sous-cutanées de créosote.* — La dose injectée chaque jour est au moins d'un gramme de créosote. Les injections sont peu douloureuses. Jamais il n'y a eu de suppuration. Amélioration notable des malades; il en est même un qui paraît guéri. Les faits sont trop peu nombreux, trop peu détaillés, trop récents pour accepter déjà l'idée de guérison.

M. Labbé emploie toujours la créosote à la dose de un gramme par jour au moins. M. Bouchard fait de cette dose son minimum.

M. Laveran offre à la Société son volume sur le *paludisme.* Il conclut de ses recherches qu'il y a un seul parasite, polymorphe, et que l'identité des hématozoaires du sang des oi-

seaux avec celui du paludisme n'est pas encore démontrée.

M. JOFFROY présente une malade atteinte de *chorée rythmique hystérique*, qui a succédé à une attaque de chorée de Sydenham accompagnée d'une légère péricardite. Au bout de 3 mois la chorée tendait à disparaître et on pensait à la guérison lorsque le bras droit fut pris de mouvements rythmiques. L'observateur voit dans ce cas une association morbide; la chorée rythmique peut aussi s'expliquer par l'imitation, car il y a dans le service une autre malade atteinte de cette affection et qui est très liée avec la première.

M. DEBOVE pense qu'il s'agit bien là d'une hystérique et considère sa chorée comme une seule maladie qui a suivi 2 phases successives.

M. JOFFROY ne croit pas que la chorée de Sydenham soit d'origine rhumatismale. C'est une névrose analogue à l'hystérie.

M. DEBOVE. — L'hystérie peut revêtir la forme de la chorée.

M. FÉRÉOL demande si l'électricité rend des services dans ces cas.

M. JOFFROY croit que dans ces cas l'électricité agit moins par elle-même que par un effet de suggestion à l'état de veille.

M. FÉREOL a vu une vieille femme atteinte de chorée qui s'est bien trouvée de l'application des courants continus.

M. MILLARD a vu une malade identique; elle fut électrisée par M. Barèty; la chorée cessa. Donc l'électricité peut réussir.

M. JOFFROY. — Quelle que soit l'explication du mécanisme de son action, j'emploie, dans ces cas, l'électricité avec avantage.

M. DUMONTPALLIER. — M. Joffroy vient de faire l'éloge de l'emploi de la *suggestion* dont Bernheim s'est tant occupé. Or, Bernheim dit que pour faire réussir la suggestion, il suffit d'employer en même temps qu'elle un moyen quelconque. C'est donc la thérapeutique psychique qui joue, dans ces cas, le rôle le plus important.

M. COMBY lit une note sur la *pleurésie purulente chez les enfants*. Cette note porte sur trois malades de trois, quatre et six ans et demi, atteints de pleurésies purulentes consécutives à une pneumonie. Chez le premier, une seule ponction suffit à amener la guérison; chez les deux autres, il en a fallu plusieurs, mais la guérison est aussi survenue.

Le pronostic de la pleurésie purulente chez les enfants devient de plus en plus favorable, si bien que je préférerais aujourd'hui avoir affaire à un épanchement purulent qui n'est presque jamais dû au bacille de Koch et guérit par ponction ou empyème. Les ponctions multiples sont à condamner, car elles font perdre un temps précieux et sont souvent impuissantes. Il ne faut pas non plus compter sur les vomiques. La pleurotomie antiseptique s'impose donc, dès que la maladie résiste à deux ou trois ponctions. Il faut faire le moins de lavages possible avec une solution de sublimé à 1/2000.

M. DEBOVE croit la pleurésie purulente plus grave que la pleurésie séreuse et pense qu'il faudra beaucoup d'observations pour revenir sur ce point.

M. LAVERAN s'associe à l'opinion de M. Debove.

M. COMBY regrette que son opinion ne soit pas partagée; l'opinion ancienne est erronée et surannée, car du temps de Grisolle on ne connaissait rien aux pleurésies chroniques.

M. BUCQUOY. — La bénignité apparente des pleurésies purulentes n'empêche pas les conséquences ultérieures. On ne peut dire qu'une chose: c'est que la pleurésie purulente, toujours mortelle autrefois, est aujourd'hui guérissable par certains procédés.

M. FERNET. — Il est difficile d'établir le pronostic d'après la purulence ou la non purulence d'une pleurésie. Le pronostic tient à la nature de ces affections. C'est elle qu'il faut étudier. Le travail est plus avancé pour les pleurésies purulentes que pour les pleurésies séreuses ou fibrineuses. L'opinion de M. Comby est acceptable dans une certaine mesure; mais encore faudrait-il distinguer entre les diverses formes de pleurésie purulente et les diverses variétés de pleurésie séreuse. Dans les deux classes il y a des pleurésies dont le pronostic est bénin, d'autres où il est grave.

M. NETTER. — Le pronostic immédiat de la pleurésie séreuse est toujours plus bénin. Mais je considère le pronostic éloigné comme plus grave. Des animaux inoculés avec le pus de pleurésie purulente aiguë ne sont pas devenus tuberculeux, tandis que chez ceux qu'on inocule avec la sérosité, la tuberculose est fréquente.

M. CHANTEMESSE. — La bactériologie peut éclairer le diagnostic; mais n'a pas de rôle, au point de vue thérapeutique, car la pleurésie à pneumocoques n'est pas toujours bénigne.

M. NETTER. — Un nombre considérable de pleurésies à pneumocoques guérissent par une seule ponction. Lorsque celle-ci ne réussit pas, il faut faire l'empyème et un lavage unique.

M. DEBOVE a vu une malade atteinte de pleurésie purulente succomber à l'infection purulente.

M. COMBY. — Je crois que de cette discussion jaillira une certaine lumière, mais je soutiens que quand une pleurésie séreuse survient sans cause, on doit être inquiet.

M. DREYFUS-BRISSAC. — M. Comby compare à tort les pleurésies purulentes qui ne sont pas tuberculeuses à celles des pleurésies sérofibrineuses, qui sont rarement en ville suivies de tuberculose. La pleurésie sérofibrineuse, avec un traitement bien fait, est certainement plus bénigne.

M. DEBOVE lit, au nom de M. RAYMOND (de Metz), une note sur la *présence de la tuberculine dans les épanchements*.

Séance du 10 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. E. LABBÉ.

M. J. SEGLAS. — *Chorée de Sydenham et chorée rythmique chez une hystérique.* — Il s'agit d'une jeune fille ayant eu, à l'âge de quinze ans, une première atteinte de chorée de Sydenham. A l'âge de dix-neuf ans, elle vint consulter pour une nouvelle atteinte de cette maladie : les mouvements étaient des plus désordonnés, généralisés à tout le corps, mais prédominant du côté gauche. De ce côté, la sensibilité à la piqûre, au contact, est diminuée ainsi que le sens musculaire : légère hyperesthésie ovarienne, pas d'accidents rhumatismaux antérieurs : rien au cœur. Deux mois plus tard, les mouvements choréiques, très accentués, ne persistent guère que dans le bras gauche. A ce moment, on note qu'ils semblent changer de caractère : ils ne sont plus incoordonnés, mais d'une amplitude très petite et comme rythmée. Ce fait s'accentue et huit jours plus tard les mouvements du bras gauche reproduisent nettement le type de la chorée malléatoire. Dans cet intervalle, la malade avait eu des crises de nerfs : hémianesthésie gauche, hyperesthésie ovarienne, possibilité d'hypnotiser la malade. En résumé, la maladie se présente d'abord sous l'aspect de la chorée de Sydenham, s'accompagnant de quelques symptômes d'hystérie : puis la chorée de Sydenham fait place à de la chorée rythmée en même temps que l'hystérie se caractérise. M. Séglas pense que, dans ce cas, il ne s'agit pas d'une association de deux maladies, mais d'une même affection, l'hysrie, ayant revêtu successivement l'aspect de deux types différents, celui de chorée de Sydenham, puis celui de chorée rythmée.

M. GAUCHER, à l'occasion du procès-verbal, fait observer qu'il a le premier préconisé et employé l'*acide borique dans la tuberculose pulmonaire et cutanée*. Il n'a pas encore eu l'occasion de l'employer dans la péritonite tuberculeuse, comme M. Debove.

M. DEBOVE n'a pas attaché d'importance spéciale à l'emploi de l'eau boriquée dans les deux cas de péritonite, auxquels M. Gaucher fait allusion. Il croit que les résultats eussent été les mêmes avec la simple eau bouillie.

La Société se forme en comité secret. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. BERGER. — *Des hernies inguinales congénitales de la femme.* — Ces hernies, jusqu'ici, étaient plutôt admises par analogie que d'après des preuves certaines. On n'avait jusqu'à ces derniers temps que des présomptions, l'existence du canal du Nuck n'étant pas absolument démontrée. Or il a récemment observé des faits qui lui semblent lever tous les doutes. Dans deux cas, en effet, il a opéré des hernies inguinales associées à des kystes congénitaux du canal de Nuck; dans un autre, il s'agissait d'une hernie interstitielle intrapariétale en bissac. La première observation a trait à une

femme de 31 ans, ayant une hernie datant de 10 ans, s'accompagnant de douleurs vives. Cure radicale. A l'incision, on trouve un sac dartoïque, recouvrant le sac herniaire et pourvu de vaisseaux veineux surtout, fort développés et gagnant le ligament rond dans le trajet inguinal. Mais, avant de tomber sur le sac, on ouvrit un kyste, tapissé d'une membrane séreuse, ne contenant toutefois aucun liquide. Une cloison mince le séparait du sac; cette cloison, transparente, sans aucun épaississement, ne présentait aucun repli. Autrement dit, elle ne ressemblait en rien aux cloisons que l'on observe parfois dans les hernies acquises. Pendant l'extirpation du sac, on remarqua qu'il adhérait fortement au ligament rond. Fixation du pédicule par le procédé de Barker; reconstitution de la paroi par la suture de Bassini. Guérison complète après un mois de lit.

La 2e observation se rapporte à une jeune fille de 21 ans, présentant depuis plusieurs mois une hernie réductible, douloureuse. On trouva de même, au cours de la cure radicale, un sac dartoïque, un plexus veineux fort développé, une cavité kystique sans liquide, séparée du sac par une cloison transparente. Le sac adhérent aussi était d'une minceur extrême à son origine. On l'attira au dehors, mais, en même temps que lui, on entraîna la trompe de Fallope adhérente. Après avoir isolé cet organe qui fut réduit, on fixa le pédicule et ferma l'abdomen par le même procédé. Guérison. Un mois après, bonne cicatrice.— Dans ces deux cas il s'agissait sûrement d'une hernie dans le canal de Nuck et le kyste présacculaire avait la même origine. Ce kyste, en effet, ne pouvait être un hyroma préherniaire ni un kyste sacculaire, résultant de l'oblitération totale d'une hernie ancienne. D'autre part, le sac herniaire, étant très adhérent au ligament rond, très profond, pourvu d'un sac dartoïque à veines développées allant se perdre sur le ligament rond, ne pouvait être autre chose que le canal de Nuck lui-même. — Camper a cité 7 cas de persistance de ce canal (4 à droite, 3 à gauche); mais M. Duplay ayant contesté ces faits, il faut recourir aux travaux de Féré et Hugo Sax pour retrouver des observations probantes. On en connaît aujourd'hui un certain nombre; la persistance est plus fréquente à droite qu'à gauche. H. Sax, qui a bien étudié le canal péritonéo-vaginal chez la femme, y a retrouvé la plupart des particularités signalées chez l'homme par Ramonède. Rien d'étonnant dès lors à ce que des hernies se forment dans ce canal de Nuck. Il y a, dans le canal persistant des sortes de cloison, de diaphragme. Si l'on suppose qu'une des cloisons se complète, on a dès lors, à l'extrémité antérieure du conduit, un kyste qui est un kyste du canal de Nuck. Et ces kystes constituent, quand ils sont pleins de liquide, ce que l'on connaît sous le nom d'hydrocèle chez la femme (Weschelbaum, etc.). Quand il n'y a pas de liquide dans ces cavités, elles peuvent passer inaperçues, mais elles doivent être plus fréquentes qu'on ne le croit.

M. Berger résume ainsi les caractères des hernies inguinales congénitales chez la femme : 1° Adhérence intime du sac au ligament rond, comparable à ce qui a lieu chez l'homme pour le canal déférent et le canal vagino-péritonéal, bien différente de celle des hernies acquises; consistance du feuillet séreux, réduit presqu'à son épithélium, présentant parfois de petites invaginations dans le ligament rond lui-même. 2° Présence d'un kyste surajouté, faisant corps avec le sac. Ce sont là deux caractères de certitude. Les suivants ne sont que des signes de probabilité : 1° Cloisonnements incomplets, brides dans le sac, sans rétrécissement; 2° Développement vasculaire sur le sac (veines nombreuses gagnant le ligament rond dans le trajet inguinal); 3° Enveloppe dartoïque presque complète.

La troisième observation de M. Berger se rapporte à une femme de 40 ans, ayant une hernie qui s'étrangla à plusieurs reprises et qui datait de 12 ans. Elle fut kélotomisée sans cure radicale. Récidive. Nouvel étranglement; cure radicale par M. Berger, qui trouva dans l'aine une tuméfaction remontant jusqu'à l'épine antéro-supérieure et partant de la grande lèvre. Cette tumeur comprenait deux bosselures : une permanente (hernie de la grande lèvre); une variable, paraissant sous-cutanée, au-dessus de l'arcade. Elle était en réalité sous-aponévrotique et siégeait dans un diverticule interstitiel. Elle correspondait, en somme, exactement à ce qu'on connaît chez l'homme sous le nom de hernie en bissac (un prolongement dans les bourses avec absence de testicule). C'était donc encore une hernie congénitale. On ne connaît que deux cas analogues. Meinhardt Schmidt a bien étudié la pathogénie de cette forme.

M. Charvot lit un travail sur le *traitement de la névralgie sciatique par l'élongation*. — Il a obtenu trois résultats satisfaisants, qui se sont maintenus.

M. Moty fait des réserves sur les résultats thérapeutiques.

M. Charvot a eu soin de n'apporter que des observations ayant déjà une certaine ancienneté; mais il ne peut préjuger de l'avenir.

M. Tuffier présente un *calcul salivaire du canal de Warthon* siégeant dans la partie profonde du canal. Extirpation par le cou. Suture du canal. Guérison. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 avril 1891. — Présidence de M. Vigier.

M. Catillon fait quelques remarques à propos de l'*action de la glycérine*. Ce n'est pas un corps gras, avec lesquels elle n'a jamais été confondue. Cependant, au point de vue thérapeutique, on peut la rapprocher des corps gras et non de l'alcool. Au point de vue chimique, la glycérine est cependant un alcool. Ses propriétés physiologiques ressemblent à celles des corps gras, à savoir : les combustions respiratoires. Introduite dans l'économie, elle est absorbée complètement et ne peut être retrouvée dans le sang; tandis que l'alcool reste en nature. De plus c'est un laxatif, tandis que l'alcool constipe. J'ai fait un grand nombre d'expériences sur les animaux et chez l'homme avec la glycérine et je n'ai jamais observé de cas d'ivresse à la suite d'injection de grandes quantités de glycérine. J'ai cherché de plus l'action de la glycérine dans le diabète. Je n'ai constaté aucune action sur la glycémie : son effet se porte surtout sur les fonctions éliminatoires de l'urée qu'elle diminue, sur les fonctions digestives et les fonctions respiratoires. Elle augmente la proportion d'acide carbonique expiré et l'amplitude des inspirations. Elle combat le dégoût des aliments chez les diabétiques. Chez ces derniers malades, elle a donc une action sur les symptômes et non sur la formation du sucre elle-même.

M. C. Paul. — La glycérine a été considérée comme un corps gras, car Gübler avait admis que la glycérine guérissait l'acné, en passant par la peau et fluidifiant les parties grasses contenues dans les glandes sébacées. Chez un malade diabétique, dont j'ai parlé, l'abus de la glycérine (100 gr. par jour) a produit des troubles cérébraux. On a arrêté la glycérine et tout est rentré dans le calme.

M. Catillon. — J'ai dit que des faits d'intoxication par la glycérine n'avaient pas encore été constatés avant M. Paul.

M. Patin présente une *combinaison du Naphtol β avec l'antipyrine ou bêta naphtol antipyrine*.

M. Brivois présente un travail sur les *applications de l'électricité à la gynécologie*. Ce livre est une technique opératoire.

M. Adrian présente une note sur la *question de l'emploi des extraits et des teintures*. Une discussion s'est élevée à l'Académie de médecine sur l'utilité des extraits et des teintures et leur remplacement par les alcaloïdes, afin d'éviter la variabilité des principes actifs. Les plantes aux diverses périodes de l'année, et suivant le lieu où elles poussent, contiennent une quantité de substance active variable. Il y a utilité à savoir si, étant donnée une plante, il est bon de s'en servir à l'état de poudre ou de teinture ou d'extrait, suivant la quantité d'alcaloïde contenue.

M. C. Paul. — Pour examiner ces faits, on ne peut étudier les plantes qu'une par une. On pourrait prendre un petit nombre de plantes et les étudier à fond.

M. Bardet. — Il serait utile pour la Société de savoir la variabilité de la teneur des principales plantes. On pourrait en prendre 3 ou 4 (opium, aconit, belladone, digitale).

M. C. Paul. — Il y a deux manières de poser des questions: 1° ou l'emploi des alcaloïdes; 2° ou l'usage des différents modes d'emploi des plantes : en nature, teintures, extrait.

M. Catillon. — On devrait faire, pour toutes les plantes actives, ce qu'on fait pour l'opium.

M. C. Paul présente *quelques considérations sur le dosage de l'opium*. En Orient, dans les grands marchés, il y a des quantités considérables d'opium réunies qui dégagent une odeur. Cette odeur sert aux marchands, par sa plus ou moins grande intensité, à doser cet opium.

M. Bardet lit un rapport sur un travail de M. de Brun (de Beyrouth) sur l'action du *sulfate de cinchonidine dans l'impaludisme*. M. de Brun donne ce médicament à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour. Ce traitement, qui lui a donné de fort bons résultats, a pour avantage d'exiger une dépense très modique. A. Raoult.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 7 avril 1891. — Présidence de M. Abadie.

M. Abadie, à propos du procès-verbal, rappelle que, dans la dernière séance, M. Galezowski a parlé d'une malade qui, atteinte d'*ophtalmie sympathique*, n'avait pas guéri, malgré des injections intra-oculaires de sublimé. M. Galezowski n'ayant donné que des indications très sommaires sur cette malade, M. Abadie s'est livré à une enquête. Voici ce qui s'est passé. Effectivement, il s'agit bien d'une malade qui, à la suite d'une blessure d'un œil, a été atteinte d'ophtalmie sympathique et à qui on a injecté dans l'œil blessé une goutte de sublimé à un pour mille. A la suite de cette injection, l'amélioration dans l'œil subissant la sympathie a été telle que la malade pendant deux mois s'est cru complètement guérie et ne s'est plus préoccupée de rien. Au bout de deux mois rechute ; alors, au lieu de revenir trouver le premier chirurgien qui l'avait soignée, elle n'a plus rien fait et est allée s'adresser ailleurs. Cette rectification était nécessaire, ajoute M. Abadie, car il est bon de dire et de répéter qu'une seule injection n'est pas toujours suffisante pour enrayer complètement les accidents sympathiques. Ces malades doivent être tenus sous une surveillance attentive et il faut se tenir prêt à intervenir de nouveau, s'il y a menace de récidive.

M. Chevallereau présente une malade atteinte de *kératite goutteuse*, non encore décrite. Il s'agit d'une femme qui a eu plusieurs fausses couches, ce qui pouvait faire penser à la spécificité. Jamais elle n'a eu d'affections oculaires et n'a jamais employé de collyres. Elle a eu de fréquentes manifestations d'arthritisme : rhumatisme articulaire aigu et noueux, nombreuses crises de coliques hépatiques et néphrétiques. Sur les deux cornées on aperçoit de petites taches blanches qui s'anastomosent entre elles. Elles sont situées dans l'épaisseur de ces membranes dont la couche épithéliale est intacte. Un grattage de la cornée a permis d'en faire l'examen histo-chimique, qui a montré des cristaux d'urate de soude. M. Chevallereau fait remarquer qu'on se trouve en présence d'un cas très rare dont la littérature ne contient pas d'exemples et qui ne saurait être rapproché des observations de dégénérescence calcaire de la cornée, signalées par MM. Galezowski et Despagnet. Etant donné les manifestations multiples d'arthritisme que la malade a présentées, il y a tout lieu de rapporter à la diathèse goutteuse ces dépôts interstitiels.

M. Parinaud. — Il y a des formes aiguës de kératite outteuse. Il peut se faire des poussées successives qui toutes ont la même évolution. On a affaire dans ces cas à des dépôts d'acide urique qui récidivent sur place.

M. Despagnet. — Il n'y a en effet rien de commun entre le cas de M. Chevallereau et ceux qu'il a publiés. Les taches avaient une coloration jaunâtre et occupaient la périphérie de la cornée pour gagner ensuite le centre ; le début s'était fait par l'épithélium.

M. Boucheron. — Quand les troubles oculaires coïncident avec d'autres manifestations goutteuses, il ne saurait y avoir de doute sur leur origine. Chez deux malades, tante et neveu, la goutte s'est manifestée par des lésions de la membrane de Bowman qui était plissée et épaissie et, d'autre part, par des troubles vertigineux, dus à un catarrhe naso-pharyngien de nature goutteuse.

M. Gorecki fait les objections suivantes au diagnostic posé par M. Chevallereau : 1° Cette malade a-t-elle fait usage de collyres et applications métalliques? L'aspect de ces opacités est celui des incrustations. 2° Comment a été fait l'examen micro-chimique permettant d'affirmer la nature de ces incrustations et de les caractériser comme urates de chaux ? A-t-on déterminé leur forme cristalline, employé le microscope polarisant? Quand on n'a pu faire qu'une seule préparation, il faut être très réservé à cet égard. M. Gorecki a vu un cas de kératite, nettement goutteuse, succédant à une sclérotite de même nature ; la kératite était interstitielle, mais elle avait débuté par la périphérie de la cornée.

M. de Wecker pense qu'on a affaire dans ce cas à une affection congénitale, ne relevant d'aucune diathèse.

M. Chevallereau. — Il est fort peu probable qu'on se trouve en présence d'une affection congénitale, bien qu'on ne sache pas à quelle époque elle a débuté; les opacités de la cornée congénitales n'ont pas cet aspect. D'autre part, cette malade est aussi goutteuse que possible. M. Chevallereau rappelle qu'il a dit que la malade n'avait fait usage d'aucun collyre. A l'examen microscopique il a été constaté que ces opacités se présentent sous forme de petites concrétions d'apparence cristalline qui, à un plus fort grossissement, ressemblent aux dépôts mamelonnés d'urate de soude. L'acide chlorhydrique les dissout en laissant un résidu de cristaux losangiques d'acide urique.

M. Kalt. — *Des causes d'insuccès dans l'avancement capsulaire.* — Depuis que l'avancement capsulaire a été proposé par M. de Wecker en 1883, cette opération est entrée dans la pratique courante. On admet au moins que, combinée avec la ténotomie, elle permet de corriger les déviations strabiques moyennes. Dans les hauts degrés de strabisme, l'avancement de la capsule seule donne des résultats insignifiants. Les causes d'insuccès peuvent être rangées sous trois chefs : 1° Il reste, entre l'incision faite avec les ciseaux et le bord cornéen, une languette de conjonctive qui empêchera la capsule avancée d'adhérer jusqu'au limbe ; 2° La capsule de Tenon n'a pas été exactement dégagée en avant et sur les côtés du tendon ; 3° La capsule de Tenon est formée d'un tissu conjonctif mince, n'offrant pas une résistance suffisante, ou bien cette capsule présente une épaisseur insolite. Cette épaisseur de la membrane constitue un avantage, il est vrai, mais à la condition d'en tenir compte dans le dosage.

Personne ne discutera qu'il ne faille pas greffer la capsule sur une surface recouverte d'épithélium. On voit en effet après quelques jours le bourrelet formé par la capsule et la conjonctive reculer petit à petit en découvrant la portion de sclérotique sur laquelle il avait été amené. On devra porter toute son attention sur le dégagement de la capsule dont l'insuffisance est une cause fréquente d'insuccès. Il faut détacher au loin, vers les muscles droits voisins et aussi en arrière jusqu'à l'équateur du globe, les adhérences de la capsule à la sclérotique.

Les expériences d'avancement capsulaire que j'ai faites sur des chiens en 1885 (Archives d'Ophtalmologie, 1886) m'ont appris qu'il ne faut pas passer l'aiguille dans le tendon du muscle. Toutes les fois que les fils étaient passés dans le tendon, il devenait impossible de serrer le nœud, ou bien la suture coupait à l'une de ses extrémités. La troisième cause d'insuccès n'a pas assez attiré l'attention. Il est certain que certains sujets ont une capsule mince, qui se déchire facilement au bout de quelques jours. Chez d'autres, au contraire, qui ont une conjonctive et une capsule épaisses, le résultat immédiat obtenu avec un avancement *moyen* donne un résultat excessif. C'est ce qui m'est arrivé dans un cas de strabisme convergent de 38° pour lequel j'avais fait la ténotomie du droit interne et l'avancement capsulaire. Mes collègues des Quinze-Vingts ont pu se rendre compte de la correction excessive que j'ai obtenue. L'avancement capsulaire se prête beaucoup moins au *dosage* de l'effet opératoire que l'avancement musculaire. En résumé, il faut, pour réussir un avancement capsulaire, d'abord bien dénuder au voisinage de la cornée puis dégager largement la capsule. Enfin s'assurer du degré de résistance, disons de rigidité de cette capsule. C'est ici que gît la grande difficulté du dosage et de longtemps encore on pourra dire que la correction opératoire du strabisme est un art, bien plus encore qu'une science.

M. de Wecker. — Avec le maximum de déviation on peut arriver à la correction avec un avancement capsulaire et un

reculement. Il ne faut pas s'en tenir à la capsule, il faut que ce fil passe à travers la partie du muscle qui se plisse. Je ne prends jamais la conjonctive comme point d'attache; je passe le fil dans la sclérotique. Quand la résistance de la capsule donne un résultat trop grand, je prends de nouveau le muscle dans une suture.

M. Parinaud. — Les résultats sont très différents selon les sujets. On les obtient moins en avançant la capsule qu'en faisant des brides comparables aux sutures de Gaillard.

M. Abadie. — Je persiste à croire que l'avancement musculaire est préférable à l'avancement capsulaire. Les travaux qui ont été faits sur la capsule de Tenon ont fait connaître sa constitution anatomique, sans éclairer beaucoup son rôle physiologique. Le globe de l'œil est soumis à des mouvements de traction en arrière et à des mouvements de rotation. Au point de vue rationnel, il est bien préférable d'agir sur les muscles que sur la capsule. Guérir un strabisme, n'est-ce pas laisser la liberté de mouvement? En réalité on ne peut pas faire l'avancement musculaire sans faire d'avancement capsulaire. Il est facile de détacher le muscle et de le faire insérer à l'endroit voulu. Si l'on fait une correction parfaite, on s'aperçoit le lendemain que l'œil n'est plus dans la même position. Je préfère obtenir une hypercorrection; si elle ne cède pas, j'enlève quelques fils et trois jours après je détruis les adhérences qui se sont faites. Je suis de l'avis de M. Kalt; l'opération du strabisme offrira toujours un côté artistique et personnel.

M. Kalt. — Dans les expériences comparatives que j'ai faites, j'ai toujours remarqué que les fibres musculaires étaient coupées. D'autre part, en ne prenant que le tendon, on ne peut avoir d'avancement à cause du point fixe.

M. Trousseau. — *Un cas d'ophtalmie sympathique malgré la résection du nerf optique.* — Après le débat qu'avait soulevé la question si controversée de la pathogénie et du traitement de l'ophtalmie sympathique, je m'étais décidé à employer la méthode préconisée par M. de Wecker pour prévenir l'ophtalmie sympathique, je veux parler de la résection du nerf optique. Trois résections que j'avais faites m'avaient donné satisfaction, et, à propos d'un cas récent dont j'avais déjà consigné le bon résultat, j'avais écrit : C'est peut-être la résection qui triomphera. Mais j'ai dû revenir sur mon premier jugement, car le malade que j'avais opéré eut plus tard des accidents sympathiques. Voici, à grands traits, son histoire. A la suite d'un traumatisme sérieux, l'œil gauche de ce malade fut réduit à l'état de moignon irritable sans chambre antérieure et ne tarda pas à présenter les signes d'une violente cyclite. L'œil droit était normal, mais un peu larmoyant. Je pratiquai la résection de 4 à 5 millimètres du nerf optique. Dix jours après les douleurs avaient disparu, et il ne restait plus aucune trace d'inflammation. Je crus la guérison définitive, radicale, et fus très heureux de faire figurer ce cas dans la statistique du Bulletin de la clinique des Quinze-Vingts. L'avenir ne devait pas justifier ces prévisions. Deux mois après, la vue de l'œil droit baissa graduellement. Iritis, rougeur très vive du globe, flocons assez nombreux pour rendre le fond de l'œil inéclairable, tels furent les symptômes que je dus constater. L'aggravation fut telle que le malade arriva à ne pas pouvoir se conduire. Je fis l'énucléation. La libération du globe donna issue à une certaine quantité de sérosité, et montra la présence de quelques caillots. Quelque temps après les flocons avaient disparu. La vision presque nulle auparavant était remontée à 1/6. Un tel fait pourrait se passer de commentaires, et l'amélioration si rapide de la vision s'impose comme une particularité intéressante à noter.

M. de Wecker. — Cet homme avait en réalité des symptômes d'ophtalmie sympathique. Ce cas ne plaide pas contre l'opération préventive. Une résection faite longtemps après l'infection possible laisse la migration se faire. Il faut éliminer les cas où il y a menaces d'ophtalmie sympathique à forme fruste dans l'autre œil; c'est le cas de M. Trousseau.

M. Meyer. — Je ne veux retenir que deux faits importants de cette communication, c'est qu'il n'y avait pas d'ophtalmie sympathique avant la résection, et qu'une fois déclarée, elle a été guérie par l'énucléation. Il y a des faits dont la brutale vérité peut émouvoir. M. de Wecker vient plaider les circonstances atténuantes. Malgré tous ses efforts tentés pour substituer la résection à l'énucléation, il me paraît maintenant bien difficile de maintenir ce qu'il disait naguère quand il s'est élevé contre l'abus de l'énucléation. Il semblait qu'elle dût être complètement rejetée de la pratique par ceux qui, se détachant des idées préconçues et des vieilles méthodes, savent marcher de pair avec les progrès de la science. Cet enthousiasme va subir un temps d'arrêt : rien ne prouve que l'énucléation doive céder le pas à la résection, ni la théorie, ni la pratique.

J'ajouterai que les expériences de Deutschmann ne prouvent pas qu'elles puissent s'appliquer à l'homme. Chez ce dernier, l'ophtalmie sympathique se produit de plusieurs manières, et je ne crois pas que la résection soit destinée à l'enrayer.

M. de Wecker. — Je n'ai jamais voulu substituer la résection à l'énucléation qui a aussi ses indications. Les allégations de M. Meyer ne peuvent donner le change ; j'ai fait des réserves qui justifient pleinement ma manière de voir. Ce n'est que sur un nombre considérable de résultats satisfaisants obtenus par la résection qu'elle devra être acceptée définitivement sans conteste.

M. Meyer. — Je désire qu'on se reporte alors au texte même des communications.

M. le Président. — Il faut autant que possible écarter les questions personnelles du débat.

M. Boucheron. — Il faut avant tout se demander comment un œil séparé du nerf et de tout le paquet vasculo-nerveux peut produire une ophtalmie sympathique. Les dépôts constatés derrière le globe ont peut-être été des causes d'irritation. Une ponction en cet endroit eût peut-être donné les mêmes résultats. Il reste à élucider le mécanisme par lequel il y a eu successivement aggravation et amélioration.

M. Despagnet. — On devra admettre des ophtalmies sympathiques non microbiennes.

J'ai donné des soins à une dame opérée de cataracte qui avait eu une irido-cyclite non sceptique, et cinq semaines après une irido-cyclite sympathique. Les yeux étaient très douloureux à la pression, et la vision très réduite. J'ai fait l'énucléation. A partir de ce moment, la malade, privée de sommeil, a pu dormir, l'injection a diminué, et la vision s'est rétablie dans l'œil sympathisé. Qu'aurait fait l'énucléation, si l'ophtalmie avait été microbienne ?

M. Parinaud. — J'ai à ma connaissance un fait qui est favorable à l'ancienne doctrine. Un malade atteint d'ophtalmie a présenté en même temps un zona limité à toute la région du même côté. Après l'énucléation, l'ophtalmie sympathique a guéri, et l'éruption a disparu.

M. Gorecki. — J'ai remarqué que lorsqu'un œil suppure, l'ophtalmie sympathique est moins à craindre. C'est ce qui m'a engagé dans un cas à faire intervenir les leucocytes. Un de mes malades était sous la menace constante d'une ophtalmie sympathique qui ne survint qu'au bout de huit ans. Je pratiquai l'énucléation et plus tard l'extraction du cristallin cataracté dans l'autre œil. Quelques semaines après survint une irido-cyclite qui récidiva à plusieurs reprises. En désespoir de cause, je plaçai un vésicatoire en permanence au bras, et l'amélioration ne tarda pas à venir. Cela n'a rien qui doive surprendre. Il s'est passé là quelque chose d'analogue à la *phagocytose*, théorie d'après laquelle les globules blancs englobent les microbes.

M. Abadie. — Il y a un point pratique qui ne me paraît pas suffisamment élucidé ; on ne sait pas trop par quels symptômes se manifestent les menaces d'O. S. Dans l'O. S. vraie il y a des signes physiques et fonctionnels qui ne laissent aucun doute, tandis que le mot « menaces » n'a pas de signification clinique bien nette. C'est pourtant dans ce cas que M. de Wecker fait la résection. A ce moment on ne sait pas si l'ophtalmie sympathique éclatera ou non ; cela suffit-il pour justifier l'intervention ? Je ne le crois pas. A ceux qui veulent à tout prix admettre la dualité de cette affection, je répondrai que la théorie microbienne explique tous les phénomènes. D'autre part, entre deux procédés opératoires, je donne la préférence à celui que je crois être le plus sûr. Dans l'observation de M. Trousseau, il y avait un foyer infectieux, et la résection n'a pas empêché la migration. Il faut s'aider des frictions mercurielles qui sont microbicides.

M. de Wecker. — Je remplacerai volontiers le mot « me-

naces » par « craintes », pour ne pas laisser subsister de doute. Si un procédé qui prévient l'O. S. me permet de ne pas faire de mutilation, il me semble supérieur. Je fais la résection, quand vous faites l'énucléation.

M. Trousseau. — Je répondrai à M. de Wecker que l'œil ne se trouvait pas en possession d'O. S. Je pense aussi que les caillots et la sérosité ont été un foyer d'infection ; il est certain que c'est après les lavages antiseptiques que l'amélioration s'est produite. L'énucléation est préférable, puisqu'elle permet de faire une plus large antisepsie.

M. Boucheron.— *Nerfs ciliaires superficiels chez l'homme.* — Les nerfs ciliaires superficiels, nerfs sensitifs venant des nerfs sensitifs de l'orbite, forment autour de l'hémisphère antérieur de l'œil, moins la cornée, un réseau de filets nerveux comparables au réseau de ficelles qui recouvre les ballons d'enfants. Dans le réseau général des nerfs ciliaires superficiels qui se compose de 4 ou 5 réseaux superposés, les embranchements se font en superficie et en profondeur. Du nœud le plus profond part un *rameau pénétrant* qui prend la forme spiralée du tire-bouchon et qui vient vers l'épisclère s'embrancher avec les nerfs ciliaires profonds (les anciens nerfs ciliaires). Vers la cornée les rameaux pénétrants fournissent au limbe cornéen des ramuscules directs et des ramuscules indirects par l'intermédiaire des nerfs épiscléraux auxquels ils se mélangent. On voit très bien cette disposition sur mes figures où, d'après une coupe très nette, on a dessiné dans leur marche vers la cornée, dans une zone périphérique de la cornée, les ramuscules nerveux venant des deux premières couches du plexus général des nerfs ciliaires superficiels. Les fibres de ces nerfs ont de la myéline ; elles sont cylindriques, flexueuses. Chez les animaux, on voit, dans l'œil du cobaye, par exemple, un état simplifié très clair comme le montrent les figures présentées pour la comparaison. Grâce à la méthode de l'or, on possède donc maintenant les détails histologiques précis qui donnent l'explication entière des faits physiologiques et chirurgicaux déjà anciens, à savoir : 1° La possibilité de couper les nerfs ciliaires profonds sans que la cornée se détruise, parce que des nerfs superficiels lui fournissent une quantité suffisante de sensibilité ; 2° Après la section des nerfs ciliaires profonds, la sensibilité cornéenne constatée n'est que l'état régulier et même le perfectionnement du fonctionnement des nerfs ciliaires superficiels ; 3° C'est aussi la confirmation matérielle des observations de Magendie et de Claude Bernard que la sensibilité du centre de la cornée provient d'une autre origine que la sensibilité de la périphérie cornéenne et de la conjonctive. E. Kœnig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 12 mars 1891. — Présidence de M. de Leblanc.

Du secret médical à propos des certificats réclamés par les compagnies d'assurance.

M. Crouigneau, au nom de la section de médecine légale et de déontologie, lit un rapport où il étudie la jurisprudence qui réglemente actuellement cette importante question. Un assuré sur la vie meurt. La personne en faveur de qui est contractée l'assurance vient, ainsi qu'il lui est prescrit par la police de la Compagnie, nous demander un certificat détaillé sur la maladie ayant entraîné la mort de notre client. Devons-nous le lui donner ? — *Non*, l'article 378 du Code pénal est formel à cet égard ; nous ne devons pas révéler ce que nous avons appris dans l'exercice de notre profession. Mais si l'intéressé lui-même nous autorise à parler, par exemple par une clause spéciale de son testament? Nous devons encore *nous taire*, car personne ne peut nous relever du secret médical, pas même celui que les faits concernent et qui nous les a confiés et l'intérêt particulier se trouve généralement lié à celui de la famille que nous ne devons pas trahir (arrêts des cours de Montpellier, 24 septembre 1827, et de Grenoble, 23 août 1828).

Restait dans les cas ordinaires ce scrupule de causer un préjudice important en empêchant par notre refus de toucher la prime due ou tout au moins d'entraîner notre client dans des procès interminables avec les puissantes compagnies, préjudices et ennuis qui ne nous étaient jamais pardonnés et qui étaient toujours imputés à notre mauvaise volonté. — Aujourd'hui nous pouvons refuser nos certificats sans arrière-pensée. Depuis un procès tout récemment terminé envisageant ce point de vue, les compagnies d'assurance ne peuvent plus se prévaloir de l'absence de notre certificat pour ne pas payer leurs primes. Le client n'ayant aucun moyen de nous forcer à le donner, « comme il a fait ce qu'il a pu pour accomplir son obligation, il est réputé en droit l'avoir accomplie » (arrêts de la cour de Paris, tribunal de commerce de la Seine, 4 juillet 1889, et cour d'appel de Paris, 4 février 1891). En conséquence, M. Crouigneau a présenté les conclusions suivantes qui ont été votées à l'unanimité par la Société : « La Société de Médecine Pratique de Paris, vu l'article 378 du code pénal, vu les arrêts des cours de Montpellier (24 septembre 1827) et de Grenoble (23 août 1828), vu les arrêts de la cour de Paris (tribunal de commerce de la Seine, 4 juillet 1889, et cour d'appel de Paris, 4 février 1891), rappelle à tous ses membres et en général à tout médecin exerçant sur le territoire français que nous ne devons, dans quelque occasion que ce soit, délivrer de certificats sur l'état de santé de personnes que nous avons soignées pour le compte de compagnies d'assurance. » Bien entendu cette interdiction ne regarde en rien les médecins des Compagnies d'assurance, qui, eux, sont considérés comme experts et par là-même n'ont aucun secret à garder ; s'il leur arrive cependant d'avoir à examiner un de leurs clients habituels, ils doivent se récuser.

Recherches physico-chimiques sur les laits alimentaires.

M. Gautrelet lit à ce sujet le résultat des expériences fort importantes qu'il a faites sur 178 échantillons de laits de de diverses provenances : femmes, vaches, chèvres, ânesses. Voici quelles sont ses conclusions. *Le lait de femme* est caractérisé par 1° une alcalinité faible ; 2° un volume gazeux notable ; 3° une proportion d'éléments nutritifs, représentés respectivement pour le sucre de lait, le beurre, la caséine et les sels par les coefficients 60, 40, 20, 5 ; 4° un état de divisibilité considérable de la caséine. *Le lait d'ânesse* se rapproche d'une façon très sensible du lait de femme : 1° ses éléments nutritifs organiques sont en tous points égaux ; 2° ses éléments minéraux présentent seuls une notable augmentation ; 3° tandis que son volume gazeux subit une faible diminution. Toutefois contre son emploi pratique dans l'alimentation générale des nouveau-né, existent sa rareté et son altérabilité. *Le lait de chèvre* diffère du lait de femme surtout par 1° l'augmentation considérable de son volume gazeux ; 2° l'augmentation forte du poids de la caséine ; 3° la densité très forte de cette caséine ; 4° la diminution considérable de son sucre de lait. De plus il est (comme le lait d'ânesse, quoique à un moindre degré cependant) rare et de conservation peu certaine. *Le lait de vache frais* s'écarte du lait de femme : Comme composition chimique et constitution physique seulement, par le chiffre élevé de sa caséine ; la forme compacte des flocons de cette caséine. Au point de vue de la sapidité, le procédé de conservation le meilleur paraît être la réfrigération. Au point de vue de la digestibilité le lait de vache gagne beaucoup en ébullition vraie, suivie d'une réaération pour toutes les variétés du produit. Le procédé de conservation sous pression carbonique (suivi d'une ébullition vraie et d'une réaération) paraît essentiellement pratique au point de vue de la garde du lait pendant un laps de temps long. Le procédé de stérilisation a l'avantage de mettre les enfants à l'abri de toutes les causes d'infections bacillaires, mais il me semble, vu les difficultés de sa pratique, devoir être réservé aux enfants ayant de la diarrhée verte. L'ébullition vraie est suffisante pour écarter la présence effective du bacille rectiligne de Koch, donc, mettre à l'abri de l'infection tuberculeuse. Pour rapprocher du lait de femme les laits à grand excès de beurre obtenus du lait de la vache, pour l'alimentation, il y aurait avantage à choisir du lait contenant environ 50 grammes de beurre par litre, couper ce lait de moitié son volume d'eau, ajouter 25 grammes de lactose, porter à l'ébullition, enfin réaérer lorsque la température du mélange sera revenue vers + 30° C. Les différences de composition chimique et de constitution physique entre ce produit semi-artificiel et le lait de femme sont presque nulles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 13 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DEMANGES.

M. MOTET communique la conclusion de la Commission du secret médical au sujet du cas exposé par M. Brouardel, à la séance précédente. D'après la commission, le docteur en médecine, appelé pour déposer contre l'officier de santé, doit respecter le principe du *secret professionnel*. Cette conclusion mise aux voix est adoptée par la Société.

M. FALRET présente à la Société un volume dans lequel il a réuni toutes les œuvres du regretté Cotard.

M. RICHARDIÈRE lit un rapport médico-légal fait en commun avec M. Gastinne-Renette sur l'affaire de la rue des Mathurins, où le polonais B. a assassiné, dans un hôtel, sa maîtresse. L'inculpé prétendait que celle-ci s'était suicidée et, comme lui-même portait une blessure à l'oreille droite, les experts devaient expliquer s'il y a eu dans ce cas *suicide à deux ou assassinat par arme à feu*. L'autopsie de la femme a permis de constater une plaie à la partie supérieure et latérale gauche de l'abdomen dont le trajet profond allait de gauche à droite et de haut en bas. D'après cette direction, les experts ont pensé qu'il s'agissait plutôt d'un assassinat.

M. LONGBOIS (de Joigny) présente dans une communication intitulée : *Etude sur l'état mental des hystériques*, deux observations. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille âgée de 14 ans qui a fait une déposition très grave avec une quantité de détails; après une enquête longue et laborieuse, toutes les accusations étaient démontrées fausses, fantaisistes. La jeune fille ne présente aucun stigmate d'hystérie. Dans la seconde observation, une jeune fille de 15 ans présentant de l'hémianesthésie gauche, du rétrécissement du champ visuel, des douleurs ovariennes et de l'aménorrhée s'est mise un jour un peu de poudre de charbon sur les joues, les narines et les oreilles. La famille ne sachant à quoi attribuer cette coloration noire et la jeune fille désirant se rendre intéressante, on appela le médecin de la localité qui a trouvé le cas très curieux et a même émis l'idée qu'il s'agissait d'une affection très rare, de chromhydrose.... M. Longbois, appelé en consultation, a recueilli la poudre sur le corps de la jeune fille; cette poudre examinée par M. Pouchet était composée de charbon et de quelques matières minérales.... La supercherie de la jeune fille fut ainsi nettement prouvée.

M. MAGNAN fait remarquer que ces deux jeunes filles mentaient et dissimulaient non pas à cause de l'hystérie, mais plutôt à cause de la dégénérescence mentale dont elles étaient atteintes. On connaît des hystériques très complètes, avec tous les stigmates de l'hystérie, qui ont un état mental très équilibré.

M. OGIER présente le travail de M. le Dr Popoff *sur les picrates d'alcaloïdes au point de vue de la recherche toxicologique.*

J. ROUBINOVITCH.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 2 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. SALMON.

M. HERVÉ offre, de la part de MM. les Drs Comoy, Guyot et Baudras, des *crânes du Morvan*, relativement rares dans les collections. Les populations de cette région sont en majeure partie d'origine celtique. Ces crânes ont une tendance à la brachycéphalie.

M. COLLIN offre un spécimen de *Chimera monstruosa*, poisson de la Méditerranée.

M. MARCANO fait, avec pièces à l'appui, une communication sur des *objets précolombiens*, c'est-à-dire antérieurs à la conquête espagnole, trouvés dans des grottes et une tombe de la région de la Cordillère, versant oriental de la chaîne des Andes. La tombe contenait des crânes et des objets entourés de cendres végétales. Les objets sont en stéatite, argiléolithe et coquillage. Parmi eux, une perle verte et une petite calebasse, fruit du *Crescentia*, contenant des restes de cacao, d'où la conclusion que cette denrée y était cultivée avant l'arrivée des Espagnols. Dans les grottes on a trouvé des plaques curieuses, vertes, noires et blanchâtres, toutes d'une serpentine schistoïde, très fragiles, sonores, d'abord sciées, puis polies. Ce ne sont ni des instruments de musique, ni des râcloirs puisqu'il y en a de même forme en coquillage et chez d'autres peuplades du versant des Andes : ce sont probablement des pièces d'ornement. Il y a là encore des idoles curieuses, debout et assises. Les *crânes* recueillis diffèrent des autres crânes vénézuéliens par leur dolichocéphalie. Leur diamètre basilo-bregmatique est énorme, par rapport au transversal. L'indice nasal est également extraordinaire et pleinement leptorhinien. Quant à l'indice orbitaire, il n'y a que 3 mésosèmes sur 52 mégasèmes. Le crâne de femme est le plus leptorhinien et le plus mésosème. M. Marcano compare ces caractères à ceux des crânes des Chipchtas ou Muyscas et arrive à la conclusion qu'on se trouve en présence d'au moins deux races différentes dont l'une, dolichocéphale, antérieure à l'autre, brachycéphale.

M. HOVELACQUE constate que ces faits confirment l'idée qu'il existe au moins *deux races américaines, différentes* l'une de l'autre. Les indices céphaliques et autres sont en harmonie avec la dolichocéphalie; il y a harmonie dans la forme générale du crâne. La première immigration de race dans l'Amérique est venue du sud-ouest de l'Europe, que l'Atlantide, improbable, ait existée ou non. Il y a eu possibilité d'immigration également du nord-est de l'Europe au nord-ouest de l'Amérique, reliées par une terre ferme. Un grand nombre d'Américains portent encore les caractères marqués de cette influence. Les crânes de M. Marcano appartiennent à une race immigrée, bien antérieure à la brachycéphale, venue après et recouvrant la première. Celle-ci, dolichocéphale, n'est pas venue de l'Asie ou de la Polynésie, mais sans doute du sud-ouest de l'Europe. D'où venait l'autre, la brachycéphale ? Elle a des caractères asiatiques, ce qui confirme les idées de M. de Quatrefages. Peut-être est-elle venue par le détroit de Behring, mais nous n'avons là-dessus que des hypothèses.

M. HERVÉ combat les idées de Morton et des anciens américanistes, ainsi que celle de Brinton, d'après laquelle la race venue en Amérique se serait différenciée sur place, car aucun fait ne le prouve. Au contraire, pour la race brachycéphale, on sait, dans l'époque historique déjà (ve siècle, par exemple) qu'il y a eu immigration fractionnée de Chine en Amérique.

M. MANOUVRIER trouve contestable l'opinion de faire venir du S.-O. de l'Europe la race dolichocéphale. Le seul caractère de dolichocéphalie n'est pas suffisant pour le prouver. Les habitants du S.-O. de l'Europe avaient des orbites microsèmes avec platychinie, tandis que le contraire existe sur les crânes de M. Marcano. On peut invoquer, pour la transformation d'une race dolichocéphale en brachycéphale, des hypothèses autres que celle d'une migration. Tout caractère anatomique en série affecte la forme d'une courbe binomiale. Le bassin s'est transformé dans l'espèce humaine; il est devenu large surtout à la partie inférieure et la supérieure suit ordinairement ce développement en largeur chez les races civilisées; le bassin est large chez la femme et chez l'homme et le crâne est brachycéphale; chez les autres moins civilisés, il est moins large et le crâne est dolichocéphale. C'est peut-être une indication vers la solution de la question en suspens. Les races peuvent se former sur place sans l'intervention de mélanges. La dolichocéphalie peut se transformer en brachycéphalie, mais on ne comprendrait pas bien l'inverse. Les crânes de M. Marcano ressemblent plus à ceux des Esquimaux qu'à ceux des hommes du S.-O. de l'Europe. Cro-Magnon a le vertex aplati, tandis que ces crânes-ci ont le vertex haut. Il nous faut suspendre notre jugement et ne pas tant faire voyager la race de Cro-Magnon, qui a déjà beaucoup voyagé.

Mme CL. ROYER dit qu'on peut admettre l'hypothèse légitime de la migration rayonnante vers l'Europe et l'Amérique d'une race des terres atlantiques aujourd'hui submergées. S'il y a eu un passage pour la faune, il y en a eu pour l'homme chasseur; à un moment donné du bas quaternaire, l'île brésilienne était restée à part, séparée du reste du continent par la dépression de l'Amazone sous l'eau. Pourquoi la race mongolique ne serait-elle pas venue en Asie de l'Amérique? Ces Mogols, arrivés en Asie, y auraient bien pu exagérer leur type. Entre hypothèses, il s'agit de choisir la plus rationnelle.

M. SANSON. — En histoire naturelle, on n'assiste jamais à quelque chose de nettement tranché. Ce n'est pas seulement en mesurant des diamètres qu'on arrive à une complète diffé-

renciation. Il faut envisager tout l'ensemble de la pièce. Les chiffres de mensuration ainsi obtenus d'une façon générale ne sont pas suffisants. On fait jouer un rôle exagéré aux migrations dans le peuplement du globe et on pourrait tenir compte d'une manifestation locale.

M. HERVÉ. — L'homme ne peut descendre que d'une forme simienne à lui apparentée. L'homme appartient au type Katarhinien; or, en Amérique, il n'y a que des singes platyrhyniens. Plusieurs arguments plaident en faveur de l'hypothèse d'une immigration d'Asie en Amérique, mais non d'Amérique en Asie. La population dolichocéphale de M. Marcano est immigrée et non née sur place.

M. MANOUVRIER trouve une certaine homogénéité entre le Fuégien, par exemple, et le Peau-Rouge. Il soutient la valeur des mensurations et le droit à l'existence de la distinction entre mésaticéphalie et les deux extrêmes.

M. Cl. ROYER dit que la race néanderthaloïde du N.-O. est différente de celle du S.-O. La première est une race polaire et a des rapports avec l'esquimoïde, parenté qu'on pourrait mettre en relation avec les effets du déplacement du pôle. Il n'y a pas de races nées en Amérique, mais elles s'y sont modifiées.

M. HERVÉ estime que le terme de race du S.-O. de l'Europe est mal choisi. Il s'agit ici d'une race quaternaire et il faut dire race de l'Europe occidentale : c'est la néanderthaloïde. Le crâne esquimaux est dolichoplatycéphalique. Les crânes de Cro-Magnon, de Langerie basse et de Chancelade sont déjà de l'époque actuelle. D'après M. Testut, celui de Chancelade est esquimoïde.

M. BESSIN présente des objets préhistoriques recueillis à Champigneule. G. CAPUS.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS.

Séance de Mars 1891.

M. PORAK présente une femme qu'il a opérée par la *laparotomie pour une grossesse extra-utérine* datant de 11 mois, l'enfant étant mort depuis deux mois. Il y a deux mois et demi qu'elle est opérée, la cicatrisation de la plaie abdominale est presque complète.

M. DOLÉRIS pense que lorsque la cicatrisation de la plaie abdominale tarde autant, il s'ag.t d'une grossesse tubaire et que la cicatrisation ne peut s'obtenir que par la destruction de la muqueuse qui continue à sécréter.

M. DOLÉRIS présente dix *corps fibreux* qui proviennent de deux malades, deux sœurs qu'il a opérées en même temps par la méthode de Martin, que certains auteurs appellent *opération césarienne pour myomes*. La même opération a été pratiquée six fois par lui sans ablation de l'utérus, mais en énucléant chacune des tumeurs. Elle doit être conseillée chez des femmes jeunes et dans les cas de tumeurs fibreuses petites. Dans l'hystérectomie abdominale il préfère le traitement du pédicule à l'extérieur, mais il l'évide de façon à n'avoir plus qu'une sorte de collerette qu'il cautérise et qu'il suture à la façon d'un bouchon de vin de champagne.

M. VERRIER fait une communication sur *l'influence fâcheuse de l'accouchement provoqué dans le traitement de l'albuminurie pendant la grossesse.*

MM. BAR et LAMOTTE rapportent l'observation d'un fœtus né vivant, présentant des altérations multiples : *augmentation du volume de l'abdomen, déformation du thorax, déviation de la tête à droite, relèvement des deux membres inférieurs, présentant des pieds varus, au-devant du corps de l'enfant ;* l'un d'eux est ankylosé dans cette situation. Au moment de l'accouchement, il n'y avait pas eu d'écoulement du liquide amniotique. A l'autopsie, on constate la dégénérescence kystique et cirrhotique des reins. Il s'en suit qu'il ne devait pas y avoir d'excrétion urinaire, ce qui est justifié par la minceur des uretères, le peu de capacité de la vessie et l'oligo-hydramnie. On a constaté de plus une luxation vraie, congénitale de l'articulation coxo-fémorale gauche. L'attitude des membres inférieurs est expliquée par la luxation coxofémorale gauche ; les pieds bots sont le fait de l'attitude vicieuse du fœtus, rendue permanente par le défaut de liquide amniotique. Le défaut du liquide amniotique est dû à l'anurie pendant la vie intra-utérine.

M. BUDIN croit aussi que certaines attitudes vicieuses du fœtus sont le résultat du peu d'abondance du liquide amniotique.

M. GUÉNIOT proteste contre l'opinion qui ferait dépendre la production du liquide amniotique de la miction fœtale.

M. LOVIOT rapporte l'observation d'une femme chez laquelle il *n'a pu constater la présence du vagin ni de l'utérus.* — Il relate ensuite l'observation d'une femme qu'il a délivrée à la suite d'une rétention pendant 62 heures du délivre, maintenu dans la cavité utérine par un spasme partiel du corps de l'utérus.

M. NITOT lit le travail suivant sur le *diagnostic et la pathogénie des salpingites.* Bien que la salpingite soit aujourd'hui considérée comme l'expression véritable des inflammations pelviennes, on aurait tort de prendre toujours pour une tumeur salpingienne enkystée toutes les collections que le doigt explorateur peut rencontrer sur les côtés de l'utérus au niveau des culs-de-sac vaginaux Dans bien des cas, et particulièrement celui que nous avons eu l'occasion d'observer et de contrôler par la laparotomie et l'examen histologique, la tumeur est formée par une véritable pelvi-péritonite enkystée à contenu séreux ou purulent, qui n'est que l'exagération et la localisation des phénomènes péritonéaux qui accompagnent si fréquemment les lésions des annexes et dont la marche diffère de celle des tumeurs salpingiennes. La pathogénie de cette lésion permet d'établir que les différentes variétés de la salpingite ne sont que des degrés dans l'évolution d'une lésion qui reconnaît toujours pour point de départ la propagation à travers la trompe d'une endométrite septique.

1er *degré* : Salpingite catarrhale versant de temps en temps dans le péritoine un produit septique plus ou moins virulent par l'orifice péritonéal de la trompe resté perméable et déterminant chaque fois une poussée plus ou moins violente de péritonite qui peut dans certains cas se présenter sous forme de péritonite enkystée. 2e *degré* : Oblitération de l'orifice péritonéal de la trompe comme conséquence des poussées péritonitiques et accumulation de liquide dans la trompe qui le déverse par l'orifice utérin resté perméable et seulement rétréci dans l'utérus d'une façon continue ou intermittente et pouvant s'accompagner de coliques salpingiennes. 3e *degré* : Oblitération de l'orifice utérin comme de l'orifice péritonéal de la trompe, et formation de la salpingite enkystée à contenu séreux, hématique ou purulent. Ou bien ovaro-salpingite atrophique, qui résulte de l'étouffement de l'ovaire et de la trompe par des exsudats membraneux, épais et rétractiles qui sont la conséquence des péritonites exsudatives et qui caractérise la variété la plus douloureuse.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 13 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL

M. H. MONOD rend compte de la *situation sanitaire à l'intérieur.* Il n'a été signalé, depuis quelques jours, que quelques cas de *diphtérie* à Montlhéry (10 cas, 4 décès). Des mesures prophylactiques ont été immédiatement prises. L'épidémie est aujourd'hui entièrement terminée. — A Marly-le-Roi, six cas de *scarlatine* se sont déclarés ; ils sont tous légers. Toutes les mesures d'isolement et d'antisepsie possibles en pareille circonstance ont été prises, et il y a lieu d'espérer que la maladie ne s'étendra pas. Les enfants ayant été atteints de cette maladie ne seront admis, dans les écoles publiques, qu'après six semaines de convalescence.— A Marseille, la mortalité par *variole* a diminué, mais elle a encore causé 48 décès en mars ; en janvier, le nombre des décès avait été de 87 et en février de 55.

M. PROUST, inspecteur général de l'hygiène publique, rend compte de l'*état sanitaire à l'extérieur.* Le *choléra* règne à l'état épidémique à Calcutta ; pendant la dernière semaine de mars, il y a eu 341 décès cholériques dans cette ville. Il est à l'état sporadique à Pointe-de-Galles (île Ceylan). Le dernier vapeur anglais qui a fait escale dans ce port a subi à Suez une observation de vingt-quatre heures, avec désinfection et visite médicale.— A Rio-Janeiro, on constate de nombreux cas de *fièvre jaune* et de *fièvre pernicieuse.* Le nombre des décès atteignait, au milieu de mars, le chiffre de 90 à 100 par jour. — Dans l'Assir, la *peste*

continue à sévir. Elle règne dans cette contrée, parait-il, depuis près de deux ans. — A Marash, ville de 25.000 habitants, située au nord du villayet d'Alep, on signale une maladie épidémique qui serait le *typhus* ou le choléra. Il n'y a, malgré la rigueur de la saison, que deux mois que le choléra a disparu de cette région. Le conseil sanitaire de Constantinople a envoyé un médecin de l'administration sur les lieux. — Le Congrès sanitaire de Constantinople a décidé l'achat à Paris de deux *étuves à vapeur* sous pression, destinées aux lazarets de Smyrne et de Beyrouth.

M. Pouchet lit un rapport proposant d'*interdire la fabrication et la mise en vente des pastilles au bichlorure de mercure*. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

M. Ogier lit un rapport sur la *fabrication et l'emploi de la saccharine*. Le rapport propose de ne pas en interdire la fabrication. Les conclusions de ce rapport ont été également adoptées.

CORRESPONDANCE

Le Concours de l'Externat à Paris.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions au sujet du *Concours de l'Externat* qui devient, à Paris, de plus en plus dérisoire, j'allais dire de plus en plus futile. Vers leur 3e année, les étudiants en médecine se présentent au Concours, après s'être exercés 3 mois à traiter pendant cinq minutes quelques questions d'anatomie et de pathologie. Ces questions sont toujours les mêmes ; une vingtaine de celles d'anatomie et de pathologie apprises par cœur : voilà tout le programme exigé et aussi le seul bagage des candidats. Encore si ces éternelles questions étaient sues convenablement! Mais que de candidats médiocres, d'une ignorance notoire en anatomie et en pathologie, deviennent externes titulaires ! On sait que le coefficient de chacune des épreuves (anatomie et pathologie), est de 20. Au concours de 1890, plus de cinquante candidats ont été reçus titulaires avec un total de 10 pour les deux épreuves réunies. Le concours est-il sérieux ? Tous les candidats qui se présentent sont reçus. Les places vacantes regorgent ; il faut des externes....

L'Assistance publique a besoin d'un nombre considérable d'étudiants pour assurer les services de médecine et de chirurgie de ses hôpitaux. Ne pourrait-on pas arrêter un nombre déterminé d'externes titulaires et fixer un coefficient au-dessous duquel les fonctions d'externe ne seraient plus que provisoires, comme cela a lieu pour le concours de l'internat? Au lieu de recevoir comme cette année 370 titulaires, le nombre 200 ne suffirait-il pas, les autres candidats n'étant que délégués provisoires ? L'Assistance publique n'y perdrait rien, elle aurait autant d'élèves que les besoins de ses hôpitaux le nécessitent. Le titre d'externe serait une distinction peu importante, il est vrai, mais elle aurait plus de relief qu'à l'heure actuelle ; aussi plus d'émulation des candidats. Ajoutons que Paris a ici une infériorité très marquée, que dans les hôpitaux de Lyon, de Bordeaux, de Nancy et même dans beaucoup d'Ecoles secondaires le nombre des titulaires est relativement restreint.

Donc limiter le nombre d'externes titulaires, tout y gagnerait. Le concours aurait un niveau plus élevé qu'aujourd'hui, l'émulation des candidats serait plus grande, les externes provisoires feraient plus tard de bons externes sur lesquels l'interne et, en son absence, le chef de service pourraient compter.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments les plus distingués,

X., *externe des hôpitaux.*

Nous reproduisons cette lettre à titre de simple renseignement, le concours de l'Externat étant loin d'être certainement ce qu'il faudrait qu'il soit !

Faculté de médecine de Paris. — *Cours de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* (Hopital Saint-Louis). — M. le Pr Alfred Fournier reprendra le Cours de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques le vendredi 17 avril 1891, à 9 heures et demie du matin (Hôpital Saint-Louis), et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure. — Ordre du cours : les mardis, leçons au lit des malades; les vendredis, leçons à l'amphithéâtre (10 heures).

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'anémie par l'Eau de La Bourboule.

Observation recueillie à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Dr Landrieux, dans un cas d'*anémie*. Salle Chomel, lit n° 15 bis.

Joséphine T..., blanchisseuse, âgée de 23 ans, entrée le 12 janvier 1889.

La malade entre à l'hôpital se plaignant d'une faiblesse extrême, de céphalalgie, d'étourdissements et de palpitations du cœur.

Antécédents héréditaires. — Son père est atteint de bronchite chronique. Sa mère est bien portante, ainsi que ses frères et sœurs.

Antécédents particuliers. — Elle a contracté la fièvre typhoïde à 13 ans. A 18 ans elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire, et de 18 à 23 plusieurs bronchites. Elle a été réglée à 15 ans, et son écoulement mensuel a été généralement peu abondant et très douloureux. Depuis 5 ans elle a des pertes blanches très abondantes. La malade n'a jamais eu de crachements de sang, jamais d'hémoptysie.

Il y a trois mois, à la suite de fatigues excessives et de veilles prolongées, la malade a commencé à ressentir des maux de tête continuels et des bourdonnements d'oreilles. Quelque temps après, des étourdissements la surprenaient fréquemment pendant son travail, ainsi que des palpitations de cœur, qui apparaissaient même pendant le repas. L'appétit diminue, les digestions deviennent difficiles, et, depuis une quinzaine de jours, la malade a des vomissements alimentaires une heure environ après les repas ; de plus, elle est ordinairement constipée.

Lorsqu'elle entre dans le service, on constate une pâleur excessive des tissus ; à l'auscultation du cœur on trouve un souffle systolique au niveau de l'artère pulmonaire, des battements précipités et arythmiques.

Traitement : *Douches simples, Dragées Rabuteau, Vin de quinquina, Viande crue, Eau de La Bourboule.*

Du 23 au 30 janvier, la malade a éprouvé des maux de tête excessivement violents, des bourdonnements d'oreille, des étourdissements qui la forçaient de rester couchée, et des palpitations de cœur occasionnant des étouffements. L'appétit a été médiocre, mais l'anorexie tend à diminuer et les vomissements ont cessé.

Du 30 janvier au 5 février, les maux de tête persistent, plus intenses dans l'après-midi que dans la matinée. Les bourdonnements d'oreille et les étourdissements ont une tendance à diminuer. Les palpitations sont moins nombreuses. L'appétit est meilleur ; les digestions bonnes ; les selles normales. La malade éprouve moins de faiblesse et sent ses forces légèrement augmentées. La pâleur du visage commence à disparaître.

Du 5 au 15 février, les symptômes de l'anémie sont moins manifestes ; mais la malade est prise de douleurs rhumatismales localisées au genou droit, et contre lesquelles on ordonne du salicylate de soude. Ces douleurs persistent jusqu'aux premiers jours de mars ; pendant cette période, les maux de tête ont été peu nombreux, ainsi que les étourdissements ; les palpitations du cœur ont été rares. La malade a toujours mangé d'assez bon appétit, et, malgré quelques pesanteurs d'estomac, les digestions ont été généralement faciles. En résumé, les symptômes qui ont amené la malade à l'hôpital ont disparu ou diminué de violence.

Du 15 au 20 le mieux continue ; les maux de tête disparaissent. La malade se lève sans éprouver d'étourdissements ou de palpitations de cœur. Les forces sont complètement revenues. Son visage est très coloré. Elle quitte l'hôpital. L'eau de La Bourboule a arrêté les vomissements et rendu l'estomac plus tolérant.

Distinctions honorifiques. — MM. les Drs Courbis (de Valence-sur-Rhône) et Gautrez (Clermont-Ferrand) sont nommés officiers d'Académie.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du Jeudi 19 mars 1891.

Discussion du Projet de Loi relatif à l'Exercice de la Médecine (*Suite*) (1).

M. LE PRÉSIDENT. — En conséquence, l'article est renvoyé à la commission, qui pourra faire son rapport à la fin de la séance ou dans quelques instants — quand elle voudra, d'ailleurs. Nous passons à l'article suivant : « Art. 22 (ancien 21). — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République. Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile. » Il y a sur cet article un amendement de M. Isambard, qui propose de modifier le second paragraphe ainsi qu'il va l'expliquer lui-même. « Les médecins et associations syndicales prévues à l'article 18, etc... »

M. ISAMBARD. — Le second paragraphe de l'article serait ainsi rédigé : « Les médecins, dentistes, sages-femmes et les associations syndicales prévues à l'article 18, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile. » Je ne propose pas cet amendement pour le défendre, mais pour le faire repousser. (*On rit.*) Je me suis peut-être servi d'un mauvais procédé, mais j'ai voulu obtenir du Gouvernement la déclaration que les associations qui ont le droit de poursuivre l'exercice illégal de la médecine ne soient pas seulement les associations prévues dans la présente loi, mais l'association générale des médecins de France et les associations qui s'y rattachent et qui rendent tant de services à la dignité de la profession médicale.

M. LE PRÉSIDENT. — Le texte de la commission porte : « Les associations régulièrement constituées. »

M. ISAMBARD. — Oui, mais l'article 18 dit que les médecins pourront se constituer en associations syndicales, et je voudrais spécifier qu'il ne s'agit pas seulement des associations syndicales prévues par la présente loi, qui sont mentionnées dans l'article 22. Ce sont toutes les associations médicales régulièrement constituées.

Je suis d'accord avec le commissaire du Gouvernement et je retire mon amendement. (*Très bien!*)

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement est retiré. Je mets aux voix l'article 22 tel qu'il a été rédigé par la commission. (L'article 22 (nouveau), mis aux voix, est adopté). « Art. 23 (ancien 22).— Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 fr. à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1.000 fr. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois. L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 fr. à 100 fr. et, en cas de récidive, de 100 fr. à 500 fr. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 24 (ancien 23). — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende sera de 1.000 à 2.000 fr.; en cas de récidive, elle sera de 2.000 à 3.000 fr. et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an. L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession, sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1.000 fr., et en outre la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée. » La parole est à M. le rapporteur.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, je ne prends la parole que pour demander tout simplement qu'on intercale après le mot « usurpation », ceux-ci : « du titre de docteur ou d'officier de santé. »

M. LE PRÉSIDENT. — Alors l'article serait ainsi rédigé : « Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera... », etc.

M. LE RAPPORTEUR. — C'est cela, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'article 24 avec cette modification.

(L'article 24, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 25 (ancien 24). — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur, sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français. » M. David propose, à titre d'amendement, de remplacer le texte de la commission par celui du Gouvernement et d'y ajouter : « 3° Tout individu qui fera précéder ou suivre son nom de signes tendant à faire croire à l'obtention de ce titre. »

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Le Gouvernement maintient son texte.

Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. LIARD, *commissaire du Gouvernement.*—J'ai l'honneur de demander à la Chambre le maintien du texte du Gouvernement. Voici en deux mots pour quels motifs.

Vous venez d'entendre la lecture du texte de la commission ; il dit ceci : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur, etc... » Il n'y a pas que le titre de docteur en médecine qui soit décerné par le gouvernement français. Nous avons d'autres grades parfaitement réguliers, les grades de docteur en droit, docteur ès lettres, docteur ès sciences, et de docteur en théologie protestante. Dans ces conditions — et c'est une conséquence à laquelle certainement la commission n'a pas songé — quelqu'un qui, possesseur d'un titre de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ferait précéder ou suivre son nom de cette qualité, devrait, aux termes de l'article de la commission, être poursuivi devant les tribunaux. Nous demandons, en conséquence, le maintien du texte du Gouvernement qui est plus clair.

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, la commission accepte en principe la proposition que vient de faire M. le commissaire du Gouvernement, et pour lui donner satisfaction, elle propose simplement que les mots « docteur en médecine » soient répétés dans l'article 25. Dès lors, le doute ne sera plus possible sur la qualité particulière de ce docteur. Nous acceptons volontiers cette addition. L'article du Gouvernement contient en outre des dispositions qui ont trouvé leur place dans l'article 23 déjà voté, c'est ce qui nous empêche de nous y rallier. Je crois que l'honorable M. Liard pourrait accepter l'article de la commission modifié ainsi qu'il suit :

« Art. 25. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine... » le reste de l'article étant maintenu.

M. LE PRÉSIDENT. — Je ne vois pas que l'article précédent soit exclusif de l'article du Gouvernement.

M. LE RAPPORTEUR. — Je prends la permission de rappeler à M. le président que l'article 24 vise dans son paragraphe 1er l'exercice illégal de la médecine accompagné de l'usurpation du titre soit de docteur en médecine, soit d'officier de santé, mais que dans son paragraphe 2 il vise l'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste ; dès lors il semble que cette question soit absolument réglée par l'article 24.

Voix à gauche. — Mais le Gouvernement accepte.

M. LE RAPPORTEUR. — Il ne peut y avoir de difficultés que sur le point de savoir ce qu'on entend par l'usurpation du titre de docteur. Voici comment il a pu quelquefois être usurpé. Il est arrivé souvent qu'un officier de santé, reçu docteur de la Faculté d'Iéna ou d'une Faculté étrangère, s'en est prévalu et qu'il a libellé ainsi ses cartes de visite : « Le docteur un tel ». Il donne le change sur sa qualité réelle et fait croire qu'il est docteur d'une Faculté française. Nous l'obligerons par la rédaction de l'article 26 à dire quelle est l'origine du diplôme dont il se pare.

M. LE PRÉSIDENT.—Le Gouvernement accepte cette rédaction : « Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le Gouvernement français.

Au banc de la Commission. — C'est cela !

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets cette rédaction aux voix. (L'article 25 (ancien 24), ainsi rédigé, est mis aux voix et adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Il y a maintenant une addition proposée par M. Isambard. (*Rumeurs*).

M. ISAMBARD. — C'est la dernière, messieurs ! Les individus qui autrefois prenaient indûment le titre de docteur en médecine ne pourront plus l'usurper, grâce au paragraphe que vous venez de voter. Mais ils prendront celui de professeur.

M. Armand DESPRÉS. — Ils diront que l'abréviation Dr signifie « directeur ». (*On rit.*)

M. ISAMBARD. — Ils mettront toutes sortes de noms. En médecine, le titre de professeur est le plus éminent, le plus considéré, et, par respect pour mes anciens maîtres qui m'ont appris ce que je sais, par respect pour ceux qui professent aujourd'hui et qui tiennent si haut le drapeau de la science française devant l'étranger, je demande à la Chambre d'adopter le paragraphe additionnel que je propose. Il est ainsi conçu : « L'usurpation du titre de professeur par un médecin n'appartenant pas au corps enseignant des établissements d'instruction publique, des hôpitaux ou des cours libres admis par l'Etat, les départements ou les mu-

(1) Voir les nos 12, p. 239 et 13, p. 263.

nicipalités, est assimilée à l'usurpation du titre français de docteur en médecine. » Ma rédaction est très large.

Un membre à droite. — Vous légiférez pour les médecins et non pas pour les malades.

M. ISAMBARD. — Nous faisons une loi sur l'exercice de la médecine, et il est naturel que les médecins interviennent dans le débat.

Un membre à gauche. — Vous supprimez les professeurs libres.

M. ISAMBARD. — Mais non, je ne supprime pas les professeurs libres. Ma rédaction est large et comprend tous ceux qui participent à l'enseignement réel de la médecine. Je dis, en effet : «.... les cours libres admis par l'Etat, les départements ou les municipalités ». D'ailleurs, si M. le commissaire du Gouvernement n'accepte pas ce paragraphe additionnel, je le retirerai.

M. LIARD, *directeur de l'enseignement supérieur, commissaire du Gouvernement.* — Le Gouvernement ne l'accepte pas, et je vous indiquerai les motifs de son refus, si vous le désirez.

M. ISAMBARD. — Alors je le retire.

M. LE PRÉSIDENT. — L'amendement étant retiré, l'article 25 (ancien 24) reste tel qu'il a été voté.

« Art. 26 (ancien 25). — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20 sera puni par une amende de 50 à 200 fr. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — « Art. 27 (ancien 26). — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi. » M. Isambard demande que cet article 27 soit placé après l'article 29.

M. ISAMBARD. — Je n'insiste pas.

M. LE RAPPORTEUR. — La commission demande que l'art. 27 commence par ces mots « Pour tous les cas, il y a récidive.... », afin qu'on ne puisse pas rapporter au seul article précédent la question de récidive. (*Très bien ! très bien !*)

M. Frédéric GROUSSET. — Cet article, qui vise la récidive, devrait venir après toutes les dispositions pénales. (*Marques d'assentiment.*)

M. LE PRÉSIDENT. — En effet, cet article devrait prendre place après l'article 28.

M. LE RAPPORTEUR. — La commission accepte l'interversion.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'article 27, en le faisant commencer par les mots : « Pour tous les cas, il y a récidive...., etc. » (Cet article est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT, — Il est entendu que cet article sera placé après l'article 28. (*Très bien ! très bien !*)

« Art. 28 (ancien 27). — Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 4 de la loi, est puni d'une amende de 25 à 100 fr » — (Adopté.)

« Art. 29 (ancien 28). — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 fr. à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1,000 fr., et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — L'article 27 qui a trait à la récidive générale se place avant cet article 29, qui vise la récidive spéciale Il devient donc l'article 28, et l'article 28 ci-dessus prend le numéro 27.

M. Frédéric GROUSSET. — Monsieur le président, j'ai déposé un amendement qui doit venir après l'article 29.

M. LE PRÉSIDENT. — Votre amendement vient à la fin de la loi, et je ne vois aucune raison de le faire venir actuellement.

M. Frédéric GROUSSET. — Je vous demande pardon, monsieur le président. Il contient une disposition pénale : il vise la peine portée à l'article 29.

M. LE PRÉSIDENT. — Eh bien, nous allons le faire passer avant l'article suivant. Après l'article 29 et avant l'article 30, M. Grousset propose un article qui serait ainsi conçu : « Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 29. » M. Frédéric Grousset a la parole.

M. Frédéric GROUSSET. — Messieurs, par l'article 19, que nous avons déjà voté, nous avons dit que les fonctions de médecin et de chirurgien expert près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine. J'estime que cet article doit avoir sa contre-partie, motivée par le scandale qui s'est produit, il y a quelques années, devant un tribunal du Midi. Il faut que les docteurs, auxquels on réserve l'exercice de la médecine, soient tenus de déférer aux réquisitions de la justice. Vous savez qu'il y a quelques années un juge d'instruction a adressé une réquisition à un médecin, qui a refusé d'obéir et d'opérer ; on s'est adressé à un deuxième médecin, qui a également refusé, et la justice s'est trouvée en présence du refus de tout le corps médical qui exerçait dans la localité.

M. LE RAPPORTEUR. — La question du flagrant délit était posée et elle n'était pas résolue.

M. Frédéric GROUSSET. — Qu'il y ait flagrant délit ou non, j'estime que, puisque la loi donne protection aux médecins, les médecins doivent leur concours à la justice chaque fois que la justice fait appel à eux. (*Très bien ! à droite.*)

M. DUCOUDRAY. — A la condition que le prix de la vacation sera plus élevé. (*Exclamations.*)

M. Frédéric GROUSSET. — La justice ne fait pas un appel absolument gratuit aux médecins. Le décret de 1811 vise les honoraires qui doivent leur être payés, dans les limites, il est vrai, qu'on peut considérer comme trop restreintes ; mais j'estime qu'il est du devoir de tout citoyen, et spécialement du devoir d'une corporation à laquelle on confère un véritable monopole, de donner son action à la justice toutes les fois que la justice le lui demande.

C'est pour prévenir le retour de certains scandales que j'ai l'honneur de vous proposer l'amendement dont M. le président a donné lecture. Je vous prie de vouloir bien le prendre en considération d'abord et l'adopter ensuite. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le commissaire du Gouvernement.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement.*—Messieurs, la question a été débattue entre le Gouvernement et la commission et, d'un commun accord, l'un et l'autre ont pensé qu'il y avait lieu de remettre cette question au moment où la Chambre discutera la réforme du code d'instruction criminelle. (*Mouvements divers*). Il est certain que, lorsque la justice a besoin de l'aide d'un médecin, elle doit pouvoir le trouver ; nous sommes tous de cet avis. Il est évident que la justice doit avoir sous la main des experts, et même l'expert dont elle a besoin. En ce moment, les émoluments alloués par la justice sont insuffisants ; cela est reconnu par tout le monde et même par M. le garde des sceaux. Cette affaire a pris un caractère aigu, qui ne doit pas être considéré comme le vrai côté de la question. Je vous demande la permission de vous la présenter sous son vrai jour. Lorsqu'on exige d'un médecin qu'il donne son aide à la justice, on lui fait toujours l'honneur de croire qu'il est nécessairement compétent en médecine légale. C'est une illusion. Cette partie de la médecine s'apprend peu à peu, lentement, à la condition d'avoir l'occasion d'exercer et de faire de la pratique médico-légale. Or, je n'exagère pas en disant qu'un grand nombre de confrères — et j'ai été longtemps comme eux, je peux l'avouer — n'ont pas suffisamment étudié les maladies mentales et un certain nombre d'autres cas : la pendaison, la strangulation, etc., qu'on ne rencontre guère à l'hôpital. Il y a donc une éducation particulière à faire, toute une organisation à étudier, et je crois qu'il serait excessif de résoudre la question par une formule absolue. La réforme du code d'instruction criminelle est pendante devant la Chambre.... (*Interrupitons sur divers bancs*), et je crois qu'à moins d'édicter actuellement tout un projet, il serait difficile de faire ce qui est demandé par M. Grousset. (*Nouvelles interruptions.*)

Au centre. — Vous ne connaissez donc pas les lenteurs parlementaires ?

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Je répète que tous les médecins ne sont pas compétents en médecine légale. La justice leur fait souvent l'honneur de les croire compétents : j'aperçois devant moi des personnes qui savent parfaitement que tous les médecins ne sont pas compétents en médecine légale. C'est absolument comme si on disait — je vous demande pardon, c'est une comparaison un peu banale : — A l'orchestre de l'Opéra, tout le monde est musicien. Néanmoins, l'idée n'est venue à personne de remplacer le premier violon par la petite flûte. Eh bien, pour la médecine, c'est la même chose. Nous sommes tous médecins, mais les uns font de la médecine, les autres de la chirurgie, et tous indifféremment ne peuvent remplacer un confrère possédant des connaissances en médecine légale. Nous demandons à la Chambre de repousser l'amendement qui lui est proposé. (*Mouvements divers.*)

M. Frédéric GROUSSET. — Messieurs, je ne puis, pour ma part, accepter les raisons données par M. le commissaire du Gouvernement. (*Très bien ! à droite.*)

Il vous a dit d'abord que le tarif de 1811 était un tarif quelque peu vieilli, qu'il ne donnait pas aux médecins une rétribution suffisante, et il a ajouté : Attendez la réforme du code d'instruction criminelle et alors on pourvoira au mieux. Mais ce qui n'attendra pas, ce sont les crimes, les délits, c'est l'action de la justice qui doit s'exercer chaque jour (*Très bien !*), et si, en attendant que la revision du code d'instruction criminelle soit discutée, un scandale se produit comme celui que vous connaissez et qui a eu lieu il y a quelques années, ce sera un fait profondément regrettable.

Je dois ajouter que le corps médical est par trop désintéressé

pour que nous puissions nous attarder longtemps sur l'argument tiré de l'insuffisance des honoraires. Il soigne gratuitement les pauvres, les indigents, et, à coup sûr, il doit se faire un honneur de prêter son concours à la justice toutes les fois que la justice le lui demande. (*Très bien! très bien!*) Un second argument a été produit par M. le commissaire du Gouvernement.

M. BOVIER-LAPIERRE. — Il existe une disposition dans la loi; c'est aux tribunaux à bien l'appliquer.

M. Frédéric GROUSSET. — Oui, mais vous connaissez la décision qui a été rendue dans l'affaire à laquelle j'ai fait allusion; il y a là une difficulté qu'il est bon de trancher. En ce moment, nous faisons une loi sur l'exercice de la médecine; eh bien, puisque nous donnons aux médecins des garanties pour leur assurer l'exercice d'un véritable monopole...

M. DELLESTABLE. — C'est aux malades que vous donnez ces garanties. Les médecins n'ont pas besoin de garanties. C'est pour protéger les malades que nous faisons cette loi.

Un membre à gauche. — La loi est faite plutôt pour les médecins que pour les malades.

M. Frédéric GROUSSET. — Si vous n'aviez en vue que l'intérêt des malades, vous ne reprendriez pas dans cette loi ce qui a trait au syndicat, facilité que la cour de cassation n'a pas voulu vous concéder, et cela dans le but de vous permettre de poursuivre tous ceux qui se livreraient indûment à l'exercice de la médecine. C'est donc bien dans l'intérêt personnel des médecins que la loi est faite, pour faire respecter leur monopole et non pas dans l'intérêt des malades. (*Très bien! très bien!*)

Un membre à gauche. — C'est dans l'intérêt de tout le monde.

M. Frédéric GROUSSET. — Je passe au second moyen développé par M. le commissaire du Gouvernement, et auquel j'arrivais quand M. Dellestable m'a interrompu. M. le commissaire du Gouvernement nous objecte que tous les médecins ne sont pas médecins légistes, qu'ils n'ont pas tous une compétence suffisante à cet égard. Je veux bien le croire; mais qui pourra juger de la compétence du médecin auquel on devra s'adresser?

M. LE RAPPORTEUR. — Le médecin lui-même! (*Exclamations!*)

M. Frédéric GROUSSET. — La justice d'abord et le médecin ensuite. Le juge d'instruction et le procureur de la République sont en présence d'un crime qu'il y a lieu de constater; ils feront choix du médecin qui leur présentera le plus de garanties pour arriver à la manifestation de la vérité. Si ce médecin a des scrupules et ne se croit pas assez de lumières pour prêter à la justice un concours éclairé, il s'empressera d'aller trouver les magistrats qui l'auront commis, pour leur faire part de ses scrupules; et, s'ils sont fondés, les magistrats, qui en définitive recherchent avant tout la manifestation de la vérité, ne manqueront pas d'accepter les excuses de ce médecin et de désigner un de ses confrères pour le remplacer. Nous arriverons ainsi à ne plus voir se reproduire ce fait, qui a été signalé par tous les journaux judiciaires, d'un corps médical tout entier se mettant en grève en présence de la justice. Pourquoi donc attendrions-nous la revision du code d'instruction criminelle pour insérer cette disposition dans la loi?

M. BOVIER-LAPIERRE. — Le code d'instruction criminelle ne s'occupe pas de cette question.

M. FRÉDÉRIC GROUSSET. — M. Bovier-Lapierre me fait observer que cette question n'a pas trait à l'instruction criminelle; en effet, le rapport sur le nouveau code d'instruction criminelle est deposé, et il n'est pas fait mention du sujet qui nous occupe en ce moment. A l'heure actuelle nous traitons de l'exercice de la médecine, et dès l'instant que nous indiquons les droits du médecin j'estime que nous sommes fatalement amenés à indiquer ses devoirs dont le premier — cela n'échappera à personne — est de prêter son concours à la justice quand celle-ci le réclame. (*Applaudissements à droite.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. le rapporteur.

(*A suivre*).

CINQ PAIRES DE JUMEAUX. — Le Dr M.-H. Turner (d'Hammondsville), N. Y., dans les détails qu'il donne d'une expérience extraordinaire d'obstétrique, écrit qu'il vient de délivrer Mme D... après sa 5e paire de jumeaux. Le Dr Turner avait déjà assisté cette mère dans quatre occasions semblables. (*Med. Record*, 21 février.)

HYGIÈNE. — *Conférences.* — La Société des conférences populaires fera sa conférence d'inauguration le dimanche 19 avril, à 2 heures 1/2, au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Steeg, délégué par le ministre de l'instruction publique. M. Félix Hément, inspecteur général honoraire de l'instruction publique, traitera de l'*hygiène physique et morale.*

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Ecole du Val-de-Grâce.* — Un concours s'ouvrira le 5 octobre 1891 à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires pour un emploi de professeur agrégé de médecine légale, législation, administration et service de santé militaires. Les médecins-majors de 1re et 2e classe sont seuls admis à prendre part au concours.

VARIA

Ecoles secondaires de Médecine.

Les Directeurs et Délégués des Ecoles de Médecine, préoccupés de la situation créée par la loi sur le service militaire et par l'adoption à la Chambre des députés de la loi sur l'exercice de la médecine, se sont de nouveau réunis dimanche dernier à Paris. Après une longue discussion, la réunion a pris les résolutions suivantes :

« Considérant que, dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver, en les développant, les Ecoles de médecine existantes; que, la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des députés, et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de vingt-six ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens, les directeurs et délégués des Ecoles de médecine estiment que : 1° Les études des baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites; 2° Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desiderata est le suivant : Dès la première année, études anatomiques et cliniques avec la sanction d'un examen de fin d'année; 2e année : études anatomiques, cliniques et physiologie, avec un examen probatoire à la fin de l'année; 3e année : clinique et pathologie avec la sanction d'un examen de fin d'année; répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité.

« Ils réclament en outre : 1° La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, prosecteurs, aides d'anatomie), de passer quatre années dans les écoles secondaires avec équivalence des inscriptions; 2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie faisant leur service militaire à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de ces Ecoles; 3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Ecoles; 4° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au Conseil général des Facultés. »

Congrès international d'Hygiène et de Démographie.

(Septième session, Londres, 10-17 août 1891).

1re SECTION : MÉDECINE PRÉVENTIVE.

Président : Sir Joseph Fayrer, k c.s.i., ll.d., m.d., f.r.s., q h.p. — *Vice-présidents* : Edward Ballard, m.d., f.r.s. — Sir John Banks, k.c.b.. ll.d., m.d. — Surgeon-General Bostock, c.b., q.h.s. — George Buchanan, m.d., f.r.s. — Professor Corfield, m.d., m.a. — Surgeon-General Cornish, c.i.e , q.h p. — Surg.-Gen. McNab Cunningham, c.s.i., m.d., q.h.s. — Surgeon-General Ewart, m.d., j.p. — Professor Gairdner, ll.d., m.d. — Shirley Forster Murphy. — Arthur Ransome, m.d., f.r.s. — J. W. Trippe, m d.

Conseil : Phineas S. Abraham, m.d., m.a., b sc., Londres. — M. A. Adams, f.r.c.s , Maidstone. — Surg.-Gen. W. B. Beatson, m.d., Eastbourne. — J. S. Cameron, m.d., b.sc., Leeds. — James Christie, m.d., Glasgow. — T. J. Dyke, f.r.c.s., Merthyr Tydfil. T. W. Hime, m.d , b.a., Bradford. — Charles Kelly, m. d., Worthing. — Harvey Littlejohn, m. b , Edimbourg. — Sir Wm. Moore, k.c.i.e., q.h.p., Londres. — Chas. E. Paget, Salford. — H. J. Paine, m.d , j.p., Cardiff. — A. H. Smee, c.c., f.c s., Carshalton. — J. F. W. Tatham, m.d., Manchester. — W. N. Thursfield, m.d., Shrewsbury. — Francis Vacher, f.r.c.s , f e.s., Birkenhead. — E. F. Willoughby, m.d., Finsbury Park.

Secrétaires : Sidney Martin, m.d., Mansfield Street 10, Portland Place, London, W. — Isambard Owen, m.d., Curzon Street 40, London, W. — Edward Seaton, m.d., George Street 35, Hanover Square, London, W.

Séances de la Section de Médecine préventive. — Les séances de cette Section se tiendront à Burlington House, Piccadilly, Londres, les mardi, mercredi, jeudi, et vendredi, 11, 12, 13, et 14 août entre 10 h. du matin et 4 h. de l'après-midi. Les questions suivantes ont déjà été mises à l'ordre du jour : Mardi, 11 août, après une courte allocution du Président, on discutera *les moyens d'empêcher la transmission des maladies épidémiques d'un pays à l'autre.* La discussion sera ouverte par M. le Chirurgien-Général McNab Cunningham, c.s.i., de Londres. On lira et discutera d'autres mémoires tant que le temps le permettra. — Mercredi, 12 août, la question mise à l'ordre du jour portera sur *la Diphthérie, particulièrement sur sa distribution et sur le besoin d'une enquête complète et systématique sur les causes de sa prédilection pour certains pays ou districts, dans le but de l'y*

prévenir. La discussion sera soulevée par le Dr Edward Seaton, de Londres, et l'on invitera les principaux représentants étrangers à y prendre part. On lira et discutera d'autres mémoires tant que le temps le permettra. — Jeudi, 13 août, on discutera l'*influence de l'alcoolisme sur la santé publique, ainsi que les méthodes à adopter afin de l'empêcher*. La discussion sera ouverte par Sir Dyce Duckworth, ll.d., m.d., de Londres, et par le Pr Westergaard, de Copenhague. On lira et discutera d'autres mémoires tant que le temps le permettra. Vendredi, 14 août, seront présentés et discutés des mémoires sur des sujets variés.

Une liste des Mémoires approuvés par la Section sera publiée prochainement. MM. les adhérents qui désirent assister au Congrès et prendre part aux débats ci-dessus, ou présenter des mémoires sur d'autres sujets du ressort de la Section, sont priés d'en informer les Secrétaires de la Section avant le 15 juin. Un aperçu sommaire des mémoires destinés à être lus aux séances de la Section devra être envoyé aux Secrétaires avant le 15 juin, et le texte complet des mémoires devra suivre avant le 15 juillet. Ces sommaires ne devront point dépasser 500 mots, et, pour éviter les fautes d'impression et de traduction, ils devront être transcrits au moyen d'une machine à écrire (1). Les mémoires ou sommaires peuvent être rédigés en français, en allemand, ou en anglais. De même, les discours pourront être prononcés dans l'une ou l'autre de ces trois langues. On n'admettra aucun mémoire antérieurement publié ou déjà présenté à une autre société. La durée de la lecture d'un mémoire, ainsi que celle d'un discours, est limitée à quinze minutes pour l'introduction d'un sujet. Elle est fixée à dix minutes pour tous les discours ou mémoires suivants ayant rapport à ce même sujet. Toutes les communications destinées à cette Section devront être adressées au Dr Isambard Owen, Curzon Street, 40, Londres, W. — Celles qui concernent les travaux généraux du Congrès, devront être envoyées au Secrétaire général, Bureaux du Congrès, Hanover Square, 20, Londres, W.

L'Instruction technique des Médecins militaires de la Réserve et de la Territoriale.

Les *Médecins de réserve et de la territoriale* ont récemmen créé, sous la présidence de M. Kuhff, une *réunion* ayant pour but de s'occuper des intérêts moraux, matériels et scientifiques de ses membres. Grâce à la bienveillance du gouverneur de Paris et du général Rothwiller, président du Cercle militaire, l'association a obtenu l'autorisation de tenir ses réunions dans l'hôtel de la place de l'Opéra. La réunion se propose de faire, chaque mois, une conférence sur des questions de médecine militaire afin de préparer ses membres au service qui leur incombe en cas d'appel ou de mobilisation.

La première conférence a été faite au mois de février par M. le Dr Kuhff. Il a traité de l'*organisation des secours aux différents échelons dans le corps d'armée*. Cette conférence condensait, sous une forme claire, les énormes règlements qui ont été faits sur le service de santé. La 2e conférence a été faite, mercredi dernier, au Cercle militaire, par M. le Dr Picqué, qui a traité de la *pratique de l'antisepsie dans le service de l'avant et du traitement des plaies articulaires*.

La création de la Réunion des Médecins des réserves est appelée à rendre service aux nombreux praticiens qui peuvent être appelés, en temps de guerre, à donner des soins à nos soldats. L'intérêt est grand pour tout le monde à ce que le personnel du service de santé de nos armées de seconde ligne soit préparé en temps de paix à son rôle en temps de guerre. Il importait donc de donner à ces médecins les moyens de faire leur éducation spéciale, car, pour bien des raisons, les appels de 28 et de 13 jours ne sauraient suffire.

Association des Médecins de la Seine.

L'Assemblée générale de l'*Association des Médecins du département de la Seine*, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 19 avril, à deux heures, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Pr Brouardel.

Ordre du jour: 1° Allocution du président; 2° Lecture du compte rendu de l'exercice 1890; 3° Election d'un président et de deux vice-présidents; 4° Renouvellement, par tirage au sort, de la Commission générale.

Les femmes pharmaciennes.

Nous lisons, sous ce titre, dans l'*Echo de Paris*:

Profession facile, absorbante, la pharmacie convient parfaitement au mode d'existence de la femme, et beaucoup mieux, certainement, que le métier qui consiste à courir, jour et nuit, aux quatre coins d'une ville, au chevet des malades. Il est vrai que la plupart des femmes assez intelligentes et travailleuses pour acquérir les diplomes de l'enseignement secondaire veulent monter plus haut, et qu'elles ne considèrent pas la pharmacie comme suffisamment distinguée. Mais, d'ailleurs, *ce n'est pas à ces travailleuses exceptionnelles que nous songeons pour occuper les officines de pharmaciens de 2e classe qui font un si grand défaut à nos cantons*, réduits aux médicaments de bonne femme ou de couvents, ce qui est à peu près tout un. M. Napias a signalé au Comité consultatif d'Hygiène l'utilité qu'il y aurait à engager les femmes instruites à embrasser la profession de pharmacien; il n'a rencontré aucune opposition et, certes, dans les petites villes et les campagnes, les femmes pharmaciennes rendraient de grands services. Malheureusement, il faut bien le dire, et peut-être est-ce là que résulte la cause de la pénurie des vocations, *c'est qu'il faut faire en commençant un stage de trois ans dans une pharmacie.* »

C'est là, en effet, une considération qu'on ne saurait négliger complètement, mais qui ne constitue pas, à notre avis, une difficulté insurmontable. Plusieurs pères de famille, dont les jeunes filles auraient pu de suite commencer leurs études pharmaceutiques, nous ont fait remarquer déjà que ce stage présentait quelques inconvénients. Nous croyons pourtant qu'ils exagèrent en disant que le stagiaire, dans une pharmacie, est trop souvent réduit au rôle de garçon de laboratoire ou de domestique. Il en est peut-être parfois ainsi dans les campagnes et les petites villes; mais, à Paris, au moins, ce ne saurait être là un argument sérieux. D'ailleurs on pourrait peut être tourner la difficulté.

Nous reviendrons ultérieurement sur ce point. Marcel B.

Société Française d'Ophtalmologie.

La Société Française d'Ophtalmologie se réunira à Paris, le lundi 4 mai 1891, à 8 heures 1/2 du matin, à l'Hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente (1).

Séance du Lundi 4 mai 1891 (8 h. 1/2 du matin).

MM. les Drs Terson (Toulouse). *Rapport sur le traitement des affections des voies lacrymales.* — Libbrecht (Gand). *Tumeur lacrymale et son traitement.* — Despagnet (Paris). *Du curettage du sac lacrymal.* — Grandclément (Lyon). *L'uvéite irienne.* — Galezowski (Paris). *De la suture de la cornée.* — Armaignac (Bordeaux). *Traumatisme extraordinaire de l'œil suivi d'une guérison rapide et de la conservation de cet organe trois ans après le traumatisme.* — Boucheron (Paris). *Plexus nerveux episcléral (avec planches) d'après la méthode de l'or.* — Gillet de Grandmont (Paris). *Nouvelle opération du ptosis congénital.* — Dehenne (Paris). *Opération du ptosis (procédé de Dransart).*

Séance du Mardi 5 mai 1891 (matin).

MM. les Drs Manolescu (Bucarest). *Synéchies antérieures consécutives à la kératite parenchymateuse.* — Trousseau (Paris). *Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites.* — Boé (Paris). *De l'ophtalmie sympathique.* — Abadie (Paris), *Valeur thérapeutique des injections médicamenteuses intra-oculaires et sous-conjonctivales.* — Darier (Paris). *Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire.* — Teillais (Nantes). *De certaines opacités cornéennes et des altérations de la cornée par contusion.* — Lagrange (Bordeaux). *Du sarcome mélanique des paupières.* — Martin (Bordeaux). *Etude sur l'astigmatisme clinique.* — Dransart (Somain). *Nystagmus des mineurs.* — Valude (Paris). *Du cancroïde de l'angle interne des paupières.*

Deuxième séance du Mardi 5 mai 1891 (2 h. 1/2 soir).

MM. les Drs Kalt (Paris). *Anatomie pathologique de la buphtalmie.* — Tscherning (Paris). *Les fausses images de l'œil humain.* — Ostwalt (Paris). *De l'ophtalmométrie clinique.* — Meyer (Paris). *Diagnostic ophtalmoscopique des altérations des parois vasculaires de la rétine.* — Landolt (Paris). *Présentation: a) de ciseaux pour l'énucléation; b) de quelques instruments ayant trait à l'opération de catar. etc.* — F. Suarez de Mendoza (Angers). *Traitement des ulcères de la cornée par l'acide phénique pur à l'état déliquescent.* — Bull (Paris). *De la polyopie monoculaire.* — Leroy (Paris). *Présentation de l'ophtalmoscoptomètre à micromètre.* — Motais (Angers). *De la réfraction chez les animaux.* — Gillet de Grandmont. (2) *Reproduction de lésions pathologiques du globe de l'œil (présentation).* —

(1) Nous reconnaissons bien là le grand sens pratique des Anglais. C'est une excellente idée.

(1) Une réunion amicale aura lieu la veille, dimanche soir, à 8 heures 1/2, au Grand Hotel (dans le salon de l'entresol, réservé pour la Société, et situé à droite de l'entrée).

Parent (Paris). *Présentation d'un ophthalmoscope optométrique et phakométrique* (1).

Séance du Jeudi 6 mai 1891 (8 h. 1/2 du matin).

MM. les Drs Sulzer (Paris). *La forme de la cornée et son influence sur la vision.* — Parinaud (Paris). *L'enclavement de l'iris dans l'extraction de la cataracte.* — De Wecker (Paris). *Nouveau procédé opératoire de cataracte secondaire.* — Nuel (Liège). *Sur la prophylaxie de la suppuration après opération de la cataracte.* — Chibret (Clermont-Ferrand). Rapport : *Etude expérimentale et clinique sur la pathogénie des affections de la conjonctive au point de vue bactériologique.* — Javal (Paris). *Les tests de la vision binoculaire.* — Dufour (Lausanne). *De l'éléphantiasis de la paupière.* — Dianoux (Nantes). *L'énervation au début de la panophtalmie.* — Venneman (Louvain). *Contribution à l'étude clinique du glaucome hémorrhagique.* — Vacher (Orléans). *Contribution à l'étude du glaucome* (2).

MM. les Drs Pincl-Maisonneuve (Paris). *Complications oculaires de l'acromégalie.* — Gaupillat (Troyes). *Myopie accusée des deux yeux depuis l'âge de six ans chez un sujet de trente ans. Corrigée par le port permanent de verres variant de 3.50 à 6 dioptries suivant les distances, disparue complètement par suite de paralysie double de l'accommodation.* — Bourgeois (Reims). *Rupture traumatique du droit inférieur de l'œil droit.* — Vignes (Paris). *Kystes dermoïdes de l'orbite.* — Jocqs (Paris). *Traitement des synéchies postérieures totales doubles.* — Costomiris (Athènes). *Sur une question historique.* — Haensell (Paris). *Sur le cylindrome des paupières et de l'orbite.* — Petresco (Bucarest). *Une forme particulière et curieuse de conjonctivite sécrétante.* — Dracoulidès (Constantinople). *Traitement du décollement de la rétine.* — Galezowski (Paris). *Etude sur les atrophies de papille d'origine ataxique.* — Manolescu (Bucarest). *Nouvelle intervention chirurgicale contre le trichiasis.* — F. Suarez de Mendoza (Angers). *Nouveaux faits à l'appui des avantages de la cornée, dans l'Opération de la cataracte* (3).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — Dissection : MM. Farabeuf, Marc Séc, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Terrillon, Reynier. Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Marie.

MARDI 21. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Quenu, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Campenon, Bar. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Humbert, Maygrier. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Quinquaud.

MERCREDI 22.— Dissection : MM. Farabeuf, Kirmisson, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Segond, Tuffier. — (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Retterer. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrillon, Rieard.

JEUDI 23. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Polaillon, Nélaton. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Poirier. — 3e *de Doctorat*, (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Chantemesse. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Hanot, Quinquaud.

VENDREDI 24. — Dissection : MM. Farabeuf, Segond, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Weiss. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Charité) : MM. Terrillon, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Grancher, Déjerine, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Netter.

SAMEDI 25. — Disscction : MM. Farabeuf, Polaillon, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Remy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Legroux, Gilbert. — 4e *de Docloral* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Quenu, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Panas, Brun, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 23. — M. Batuaud. Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus ; l'endométrite cause de ces hémorrhagies, et leur traitement par le curetage. — M. Bitterlin. Etiologie de la tuberculose chez les enfants.

VENDREDI 24. — M. Roques. De l'action phlogogène de la lymphe de Koch. — M. Bouron. Etude sur le pied bot congénital à manifestations tardives. — M. Thomas. Des abcès tuberculeux périnéphritiques.

Enseignement médical libre.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMANN, RENAULT et POZZI, annoncent la reprise de leurs conférences cliniques. La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le 15 avril, à 9 heures 1/2. La *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, aura lieu le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Cours d'accouchements. — MM. les Docteurs BOISSARD et LEPAGE, 41, rue des Ecoles, tous les jours à 5 heures.

Thérapeutique oculaire. — M. le Dr LANDOLT, 27, rue Saint-André-des-Arts, le samedi, à 1 heure, à partir du 7 février 1891.

Cours de gynécologie opératoire (*Policlinique de Paris*). — MM. VULLIET, LUTAUD et Ad. OLIVIER, le mardi, à 2 heures de l'après-midi.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD, le lundi et vendredi, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine.

Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON : le mardi et le samedi à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté (amphithéâtre Cruvelhier).

Dermatologie (Hôp. St-Louis). — Service de M. Ernest BESNIER : Pendant les mois d'avril, mai, juin. — *Lundi*, à 9 h. 1/4, salle et laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — *Mardi*, 9 h., laboratoire Alibert. Policlinique : Opérations dermatologiques (lupus, acnés, etc.). — *Mercredi*, 9 h., laboratoire Alibert. Policlinique : Maladies du système pilaire, Dermatophyties. — *Vendredi*, 8 h. 1/2. Consultation externe. KOENIG.

Maladies des yeux. — M. le Dr KOENIG commencera ses conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux*, Amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le samedi 25 avril à 8 heures du soir et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. A la fin de chaque conférence, exercices pratiques d'ophtalmoscopie, présentation de malades.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire* : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* ont commencé le lundi 6 avril 1891, à quatre heures. — 2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr BOURCY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. — NOTA. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes sont reçues à l'Amphithéâtre depuis le 1er avril.

Cours de Biologie. — Professeur, M. G. POUCHET, à l'Hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 avril 1891 au samedi 11 avril 1891, les naissances ont été au nombre de 1236 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 481 ; illégitimes, 146, Total, 627. — *Sexe féminin* : légitimes, 458 ; illégitimes, 151, Total, 609.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 avril 1891 au samedi 11 avril 1891, les décès ont été au nombre de 1105 savoir : 590 hommes et 515 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 7, T. 9. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 26, F. 20, T. 46. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 14, F. 18, T. 32. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 111, F. 67, T. 178. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 6, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 4, T. 6 — Tumeurs malignes : M. 24, F. 20, T. 44. — Méningite simple : M. 14, F. 17. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 18, T. 42. — Paralysie :

(1) Pendant cette séance de mardi, après midi seulement, il y aura exposition d'instruments, présentation de pièces anatomiques et de préparations histologiques ; plusieurs microscopes seront à la disposition des membres du Congrès. Enfin, tous nos collègues habitant Paris sont priés de présenter, pendant cette même séance, leurs malades ou leurs opérés offrant de l'intérêt. Dans ce but, les trois salles du rez-de-chaussée seront réservées pour le Congrès. — *Excellente idée* (*N. d. l. R.*)

(2) Banquet mercredi à 7 heures 1/2, restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle. Prix de la cotisation du Banquet : 15 francs.

(3) Séance d'affaires à 10 heures 1/2 du matin. Election de deux Membres du Comité (article 4 des Statuts).

M. 12, F. 4, T. 16. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 1, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 41, T. 71. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 18, T. 39 — Bronchite chronique : M. 22, F. 30, T. 52. — Broncho-Pneumonie : M. 20, F. 19, T. 39 — Pneumonie : M. 34, F. 43, T. 77. — Gastro-entérite, biberon, M. 10, F. 18, T. 28. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 5, T. 12. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1 T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale : M. 15, F. 9, T. 24 — Sénilité : M. 7, F. 26, T. 33. — Suicides : M. 14, F. 5, T. 19. — Autres morts violentes : M. 10, F. 12, T. 2. — Autres causes de mort : M. 130, F. 98, T. 228. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 4, T. 16.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 32, illégitimes, 18. Total : 50. — *Sexe féminin* : légitimes, 26, illégitimes, 10. Total : 36.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique chirurgicale* (Pitié). — M. le Pr Simon Duplay reprendra ses cours le mardi 21 avril 1891 et son enseignement continuera dans l'ordre indiqué par le tableau suivant. *Lundi :* Exercices cliniques (examen des malades). Démonstrations d'anatomie pathologique au laboratoire de la clinique, à 10 h., par le Dr Cazin, chef de laboratoire. — *Mardi : Leçon clinique et opérations*, à 9 h. 1/2, amphithéâtre de la clinique.—*Mercredi :* Exercices cliniques (examen des malades). Conférences et démonstrations cliniques, à 10 h., à l'amphithéâtre de la clinique, par le Dr Rochard, chef de clinique. — *Jeudi : Grandes opérations* (chirurgie abdominale).— *Vendredi : Leçon clinique et opérations*, à 9 h. 1/2, amphithéâtre de la clinique.— *Samedi : Gynécologie* à l'amphithéâtre Velpeau.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. — Le lundi 25 mai 1891, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce Concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 27 avril au samedi 9 mai inclusivement.

Facultés de Poitiers. — M. Roche, ancien secrétaire de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé secrétaire des Facultés des sciences et des lettres et de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, en remplacement de M. Boistard, décédé.

Faculté de médecine de Toulouse. — *Inauguration.* — Jeudi dernier a eu lieu l'installation solennelle des professeurs de la Faculté de médecine de Toulouse, sous la présidence de M. Perroud, recteur, assisté des doyens des Facultés de Toulouse et de M. Monod, professeur de la Faculté de théologie protestante de Montauban. Etaient parmi les invités : MM. Cohn, préfet; Cassagneau, secrétaire général; Ournac, maire, et ses adjoints; Adrien Hébrard, sénateur; Raymond Leygue, député; un grand nombre de conseillers généraux et municipaux, les préfets et les présidents des conseils généraux de Tarn-et-Garonne et du Lot, qui ont voté des bourses pour la Faculté. Parmi les étudiants, au nombre d'environ 500, se trouvait Mlle X..., étudiante en médecine. La séance a été ouverte par un discours du recteur, discours fort applaudi, après lequel le secrétaire des Facultés a donné lecture des divers décrets portant création de la Faculté de médecine et nomination du personnel enseignant. M. Caubet, doyen de la Faculté de médecine, a prononcé ensuite un discours qui a provoqué plusieurs salves d'applaudissements. — L'inauguration officielle de la Faculté aura lieu lors du voyage du Président de la République dans le Midi et pendant son séjour, où des fêtes splendides auront lieu à cette époque. — La Presse médicale parisienne sera très probablement invitée à cette cérémonie, comme cela a eu lieu à Bordeaux, il y a quelques années. Et certes les Parisiens ne dédaigneront pas pareille aubaine ! M. B.

Hopitaux de Paris. — *Concours du Bureau central de Médecine.* — Sont admissibles à la 3e épreuve, MM. Delpeuch, Mathieu, Legendre, Lebreton, Gilles de la Tourette, Widal, Lermoyez, Dalché, Giraudeau, Berbère. — *Concours du Bureau central de Chirurgie.* La lecture des copies (composition écrite d'anatomie et de pathologie) est terminée. La 2e épreuve (épreuve clinique) a commencé vendredi soir à la Charité à 4 heures. Les épreuves ont lieu généralement les lundi, mercredi et vendredi à 4 heures.

Académie des Sciences. — Les commissions de prix pour les concours de 1891 sont ainsi composées : *Prix Lallemand* : MM. Charcot, Sappey, Ranvier, Brown-Séquard, Bouchard, Marey et A. Milne-Edwards. — *Prix Chaussier :* MM. Bouchard, Charcot, Verneuil, Brown-Séquard, Larrey, Marey et Richet. — *Prix Bellion* (Fondé par Mlle Fœbr) : MM. Bouchard, Charcot, Verneuil, Brown-Séquard, Marey, Larrey et Richet. — *Prix Mège* : MM. Bouchard, Charcot, Marey, Verneuil, Brown-Séquard, Richet et Larrey. — *Prix Montyon* (Physiologie expérimentale) : MM. Marey, Brown-Séquard, Bouchard, Charcot, Ranvier, Verneuil et Chauveau. — *Prix L. La Caze* (Physiologie) : MM. Ranvier, Chauveau, Larrey, Sappey et Milne-Edwards.

Congrès des médecins américains. — Ce Congrès aura lieu du 22 au 25 septembre 1891, à Washington.

Cours pour les mères de famille et les infirmières. — Un cours libre de leçons pratiques hebdomadaires pour les mères et les infirmières a été inauguré à The New-York Post Graduate Medical School and Hospital. Parmi les sujets traités et les professeurs de cours se trouvent : « Les soins de l'œil, » par le Dr P.-B. St-John Roosa ; « Les opérations chirurgicales les plus fréquentes de l'enfance et des nouveau-nés », par le Dr Robert Abbe ; « Les soins de la peau dans l'état de santé comme dans la maladie, » par le Dr L.-D. Burkley ; côté pratique au point de vue des soins à donner dans les services d'enfants où l'on soigne « les maladies du poumon, de l'intestin, ainsi que les cas de fièvre », par le Dr Henry D. Chapin ; « Alimentation des enfants et soins à leur donner, en général, par le Dr J.-H. Ripley. » (*Medical Record*. 21 février 1891).

Hôpitaux d'Amiens. — C'est M. le Dr Farge qui a été nommé après concours médecin de l'hospice St-Victor, à Amiens.

Femmes-médecins. — *Une Clinique tenue par une Femme-médecin.* — On distribuait, l'autre jour, dans les rues de Paris, la notice ci-dessous : Clinique des maladies de Femmes (Grossesse, stérilité, accouchements, etc). La seule de Paris dirigée par une *Doctoresse*, 46, rue de l'Arbre Sec. Les dames savent combien il est pénible d'aller dans une clinique où se trouvent des médecins-hommes. A la clinique tous les soins sont donnés par des Dames.

La Loi sur l'exercice de la médecine auprès des Conseils généraux. — Les Conseils généraux des départements de l'Ille-et-Vilaine et de la Seine-Inférieure ont émis un vœu pour le maintien des officiers de santé.

Les médecins spécialistes en Russie. — On écrit à la *Sem. méd.* que le Conseil de médecine et le Ministre de l'instruction publique de Russie ont mis à l'étude la question de la réforme des examens pour le grade de docteur en médecine. Il parait qu'on demande, à l'unanimité, qu'au titre de docteur soit ajoutée *l'indication de la spécialité* à laquelle se consacre le médecin. Il y aurait 10 spécialités reconnues.

L'Influenza en Angleterre. — On écrit de Londres que l'influenza sévit en Angleterre. Elle existe à Londres depuis le mois de février, sans toutefois avoir pris une forme grave, bien que toutes les semaines on ait à constater des décès causés par cette épidémie. A Hull, à Birmingham et à Sheffield, elle a pris un caractère plus grave. Dans tout le Yorkshire elle a fait de nombreuses victimes, et sur certains points même la mortalité ordinaire a triplé.

La variole a l'hopital de Grenoble. — D'après M. Nicolas, il y a eu 9 cas de variole à l'hôpital, dont 7 ont été contractés à l'hôpital même. La maladie a été apportée par les militaires, puis trois buandières ont été contagionnées évidemment par les linges, les 4 autres cas hospitaliers ont été produits par contage direct. On a cru longtemps à la contagion par l'air et l'on en donnait pour preuve que les rues avoisinant les hôpitaux de varioleux étaient fréquemment contagionnées, mais des enquêtes ont démontré que la contagion se faisait par l'intermédiaire des infirmiers qui allaient boire dans les cabarets voisins. Sur les deux malades ayant contracté la variole en dehors de l'hôpital, l'un venait de Sisteron où il avait couché, le 14 février. à côté d'un varioleux. La maladie s'est déclarée dix jours après. Quand on faisait la variolation, la maladie débutait une huitaine de jours après l'inoculation, ce malade a donc eu une période d'incubation à peu près de même durée que celle de la variolisation. Au point de vue des formes, il y a 2 varioles légitimes, 2 varioloïdes sans fièvre secondaire, 2 cas tellement bénins qu'ils ressemblent à la varicelle. M. Nicolas a pris toutes les mesures d'isolement et de désinfection qu'il lui était possible de prendre. (*Dauph. Méd.)*

Policlinique de Paris. — *Cours d'accouchements à l'usage des sages-femmes.* — M. le Dr Ad. Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, commencera le lundi 29 avril 1891, à 5 heures, un cours complet d'accouchements préparatoire aux examens de

sages-femmes. Le cours aura lieu tous les jours à la même heure, sauf le jeudi et le dimanche. Chaque leçon sera suivie d'interrogations. Le cours sera continué par une série de leçons sur l'anatomie et la physiologie. Le tout sera terminé le 1er juillet. Le nombre des élèves est limité, on peut s'inscrire dès maintenant à la Policlinique de Paris, 28, rue Mazarine.

Service de santé militaire. — *Inspections.* — Par décision ministérielle, en date du 15 mars 1891, MM. le médecin inspecteur général, les médecins inspecteurs et le pharmacien inspecteur dont les noms suivent, ont été désignés pour procéder, cette année, à l'inspection du service de santé, savoir : Ier Arrondissement : Gouvernement militaire de Paris (moins les divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée) : brigade d'artillerie de Vincennes ; Ecole du service de santé ; Ecoles polytechniques spéciale militaire, militaire du génie et de l'artillerie, d'administration de Vincennes, normale et gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet, orphelinat Hériot : M. le médecin inspecteur général Colin, président du comité technique de santé. — IIe Arrondissement : 17e et 18e corps d'armée ; divisions des 3e, 4e et 5e corps d'armée, stationnées dans le gouvernement militaire de Paris ; 3e brigade d'artillerie (Versailles) : M. le médecin inspecteur Baudouin, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du comité technique de santé. — IIIe Arrondissement : 5e et 9e corps d'armée ; Ecoles d'application de l'artillerie et du génie d'application de cavalerie, militaire d'infanterie : M. le médecin inspecteur Weber, directeur de l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires membre du comité technique de santé. — IVe Arrondissement : 7e, 8e et 13e corps d'armée, Ecoles préparatoires de cavalerie, de l'artillerie et du génie ; M. le médecin inspecteur Mathis, directeur du service de santé du 7e corps d'armée. — Ve Arrondissement : 4e, 6e et 11e corps d'armée ; prytanée militaire ; M. le médecin inspecteur Dauvé, directeur du service de santé du 6e corps d'armée. — VIe Arrondissement : Ier, 2e, 3e et 10e corps d'armée ; Ecoles préparatoires de Montreuil-sur-Mer et des Andelys ; M. le médecin inspecteur Arnould, directeur du service de santé du premier corps d'armée. — VIIe Arrondissement : 12e et 14e corps d'armée ; troupes détachées des 13e et 15e corps d'armée (portions principales des 98e et 121e régiments d'infanterie, I bataillon du 38e régiment d'infanterie, batteries d'artillerie) ; M. le médecin inspecteur Vallin, directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon. — VIIIe Arrondissement : 15e et 16e corps d'armée ; Ecole préparatoire d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort ; M. le médecin inspecteur Papillon, directeur du service de santé du 15e corps d'armée. — IXe Arrondissement : 19e corps d'armée et brigade d'occupation de Tunisie ; M. le médecin inspecteur Aron, directeur du service de santé du 19e corps d'armée. — Arrondissement pharmaceutique, 2e, 3e, 4e, 8e, 9e, 10e et 11e corps d'armée, M. Marty, pharmacien inspecteur, membre du comité technique de santé.

Société des Ambulances urbaines de Bordeaux. — Cette Société, fondée il y a un an, sur l'initiative de M. le Dr Mauriac, compte aujourd'hui 250 membres, dont 49 médecins et 34 pharmaciens, membres actifs. Le montant des sommes déjà souscrites en faveur de l'œuvre s'élève à plus de seize mille francs. Enfin, des conférences pratiques sur les premiers soins à donner en cas d'accidents et d'indispositions subites vont être faites, dès le mois prochain, à MM. les pharmaciens membres actifs et à un certain nombre de gardiens de la paix, de pompiers, de préposés des douanes et de l'octroi.

Nécrologie. — M. le Dr de Saint-Arroman (Paris). — M. le Dr Sabourrin (Angles-sur-l'Anglais). — M. le Dr Voisard (de Vesoul). — M. le Dr Wassiljew, privat-docent à l'Académie de méd. militaire de St-Pétersbourg. — M. le Dr Ernest Brémond (Paris).

Troyes-Sainte-Savine (Aube). — 5,000 habitants sans compter les communes environnantes. — Appartement pour médecin, à louer, le Ier octobre. — Clientèle assurée. — S'adresser à M. E. Rothier, 51, rue du Marché, à Neuilly (Seine).

Remplacement. — On demande un remplaçant *pour un mois au moins*. Conditions : 300 francs, logé, nourri, frais de voyage aller et retour remboursés ; les jours en plus, 10 fr. l'un. — S'adresser au bureau du journal.

Bonne occasion. — Un de nos abonnés quittant la France pour s'établir à l'étranger, céderait au prix net de 50 francs la deuxième série du *Progrès médical* (1885-1890) formant 10 volumes en très bon état. — S'adresser au bureau du Journal.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. Charcot, mardi à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique médicale.* — M. le Dr Brissaud. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr Merklen. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

Hôpital Saint-Louis. — *Clinique médicale.* — M. le Dr Quinquaud le mercredi, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville, visite du service le samedi à 9 heures. — M. Charpentier, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. Déjerine, le mercredi à 10 h.

Hôpital Necker. — Clinique médicale : M. Rendu, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale.* — *Cours de gynécologie*, M. le Dr Pichevin, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

Hopital Trousseau. — *Clinique chirurgicale* : M. Lannelongue, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale* : M. Legroux, mercredi à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin, visite des malades à 9 heures. — Mercredi : Conférence de chimie pathologique au laboratoire. — Jeudi : Leçon clinique. — Samedi : Examen des entrants.

Hôpital Trousseau. — *Conférences de clinique infantile.* M. le Dr Sevestre : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredi et samedis à la même heure.

Hôpital Tenon. — *Clinique médicale :* M. le Dr Cuffer, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. — M. Kirmisson, agrégé, chirurgien des hôpitaux, a commencé des leçons cliniques de *chirurgie orthopédique* le lundi 13 avril, à 10 h. du matin ; il les continuera les lundis et vendredis suivants. Les leçons de cette année seront consacrées aux *difformités du membre inférieur.* Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

Hôpital Broussais. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr Reclus, chirurgien de l'hôpital Broussais, a repris ses leçons de clinique le samedi 18 avril à 9 h. 1/2 ; il les continuera tous les samedis suivants à la même heure.

(1) Voir la description dans le *Progrès Médical*, n° 13.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 17. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 25 AVRIL 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Anévrysme inguinal énorme et enflammé. — Douleurs atroces. — Extirpation. — Réunion primitive dans la plus grande étendue de la plaie. — Guérison ;

par M. BAZY, chirurgien des hôpitaux.

Le 31 mai 1887, je vois M. R..., âgé de 44 ans, qui m'est adressé par son médecin, le Dr Birabeau, comme étant atteint d'un anévrysme inguinal. Je constate effectivement tous les signes classiques de l'anévrysme : celui-ci était gros à ce moment comme un œuf de dinde sans trace de caillots à l'intérieur : il existait en même temps de l'œdème du membre inférieur qui prouvait que la veine fémorale était assez fortement comprimée. La limite supérieure de la tumeur était au niveau du ligament de Fallope.

Le résultat de ma consultation fut que le meilleur traitement à opposer à cet anévrysme était la ligature de l'iliaque externe.

Je laisse la parole au malade qui va raconter lui-même son histoire : « Le 6 décembre 1886, je me suis aperçu pour la première fois que j'avais dans l'aine droite une petite grosseur de la valeur d'une noisette. L'année 1887 se passe sans que mon attention se porte là. Le 23 janvier 1888, il y avait légère augmentation accompagnée de pulsations, c'était comme un œuf de pigeon. Le 10 mai de la même année, à la suite d'une partie de campagne, ayant fait cinq lieues chaussé de bottines neuves, j'ai été forcé de me mettre au lit quinze jours, à cause de l'enflure démesurée de ma jambe droite ; ma grosseur était plus prononcée, mais sans douleur. Le 21, je consulte ; le 31 du même mois, je vais voir M. Bazy : l'année se passe sans éprouver de malaise. Les sept premiers mois de l'année 1889 me laissent complètement tranquille; quoique ma grosseur augmente, j'ai toujours l'espérance qu'elle s'arrêtera, je compte que des caillots de sang qui entourent l'artère arrêteront le mal. Le 7 août, oubliant mon mal, je fais une nouvelle marche de six lieues; quatre jours après, douleurs à gauche (à la partie interne) de la cuisse, difficulté à marcher; huit jours après, je constate que ma grosseur était le double et commençait à me faire bien mal. Le 1er septembre, je suis forcé de garder le lit quinze jours ; je me relève aussi malade, ma grosseur augmente à vue d'œil, elle devient violette. Je me traine comme je peux en souffrant le martyre jusqu'au 28 novembre où je me suis décidé à être opéré par M. Bazy secondé par M. Birabeau. »

Je reprends mon récit. J'avais donc perdu ce malade de vue lorsque, le 20 novembre, je suis appelé par mon ami, le Dr Birabeau, qui le voyait de nouveau depuis quelques jours ; il l'avait trouvé dans l'état le plus grave, non seulement résolu à accepter, mais sollicitant une opération que, jusque-là, il avait obstinément refusée. A ce moment, l'état du malade était le suivant : au niveau de l'aine droite existait une énorme saillie violette dont les bords diffus se perdaient insensiblement dans les parties voisines, sauf cependant à la partie supérieure (dans le ventre) où les limites étaient plus nettement tracées ; cette saillie s'étendait à 8 ou 9 centimètres au-dessus de l'arcade crurale ou plutôt, celle-ci ayant disparu, de la ligne réunissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Ce bord supérieur est un peu arrondi, à concavité inférieure. En dehors, elle va jusqu'aux épines iliaques antérieures, en dedans jusqu'à l'épine du pubis ; en bas, elle descend plus bas que le tiers supérieur de la cuisse. Cette tumeur est animée de battements rendus faibles par la faible impulsion du cœur, par la rapidité du pouls (car il battait de de 140 à 150 par minute) et aussi par l'empâtement considérable des tissus périphériques et probablement aussi, pensais-je, par la présence de caillots dans l'intérieur de l'anévrysme. Inutile de dire que tout battement était supprimé dans les vaisseaux au-dessous de l'anévrysme. Néanmoins, à part l'œdème, la nutrition paraissait suffisamment se faire dans toute l'épaisseur du membre. Il existait, en outre, un peu d'hydarthrose du genou, qui m'a paru être d'origine traumatique. A voir l'aspect de cet anévrysme avec cette peau violacée, adhérente, empâtée, œdémateuse, on eût volontiers pensé à un énorme abcès attendant le coup de bistouri. Il était évident que nous nous trouvions en présence d'un anévrysme enflammé. Aussi fus-je d'avis que nous n'avions pas un seul instant à perdre, et qu'il fallait le plus tôt possible procéder à l'opération qui, dans ma pensée, devait être l'extirpation complète de cette énorme poche, opération dont je ne me dissimulai pas la gravité, mais qui seule pouvait sauver le malade. Je donnerai plus loin les raisons de cette détermination. Il existait encore une autre indication au moins aussi pressante, c'était l'état général du malade. J'ai dit que le pouls battait de 140 à 150 pulsations par minute ; il n'existait qu'une faible élévation de température (37°,8 à 38° la veille de l'opération) ; mais les douleurs éprouvées par le malade étaient telles qu'il fallait 6 centigrammes de morphine en injections sous-cutanées, 40 grammes de sirop de morphine pour les calmer un peu et 6 grammes de chloral pour amener un peu de sommeil. A peine l'action de ces médicaments commençait-elle à cesser, que les douleurs recommençaient de plus belle, de sorte que, pour amener un peu de calme, il fallait mettre le patient dans cet état d'hébétude et de somnolence où sont plongées les personnes fortement narcotisées.

Cet état-là durait depuis une semaine, et il était urgent de ne point le prolonger. Nous fûmes d'accord pour engager le malade à entrer à la maison de santé des frères de Saint-Jean-de-Dieu, où nous devions l'opérer.

L'*opération* fut faite le 28 novembre 1889, avec l'aide de mon ami, le Dr Rochard. M. Birabeau donna le chloroforme. M. Leclerc, pharmacien, m'assistait aussi. La peau rasée, savonnée, désinfectée, je commençai à faire au-dessus de la tumeur, sur la peau de l'abdomen, une incision destinée à me permettre d'aller faire la ligature de l'iliaque externe. Cette incision avait une direction oblique en bas et en dedans et une longueur de huit centimètres environ. J'incisai la peau, l'aponévrose, et tombai sur le muscle grand droit de l'abdomen, dont je cherchais le bord externe, que je fis incliner en dedans au moyen d'un fort écarteur (j'insiste sur ce point pour bien montrer la hauteur à laquelle arrivait la tumeur). A ce moment, marchant avec précaution, je me dirigeai sur le bord supérieur de la tumeur pour éviter d'ouvrir le péritoine ; je le vis et le décollai de la tumeur, mais à ce moment je dus, pour me donner du jour, tellement l'artère était profonde et inaccessible, prolonger mon incision en dehors et en dedans. En dedans, elle atteignait presque la ligne médiane. Décollant avec beaucoup de précaution et non sans avoir lié l'épigastrique, je finis par sentir les battements de l'iliaque externe ; elle était à huit centimètres de profondeur au moins; pour me permettre de la voir, le Dr Rochard dut mettre dans la plaie une de ses mains qui me tenait lieu d'écarteur. Je plaçai deux ligatures au catgut sur chacun des vaisseaux (veine et artère), et je les sectionnai l'un et l'autre entre leurs ligatures respectives. Cela fait, du milieu de l'incision, j'en fis descendre une autre suivant la direction connue de l'artère fémorale et, arrivé au-dessous de la tumeur, je liai de même l'artère et la veine et je les sectionnai. Je procède alors à la dissection de l'anévrysme : je m'aperçois très vite qu'elle était particulièrement délicate, la poche n'ayant plus de parois distinctes. Cette dissection devenait d'autant plus difficile que je m'approchais des parties latérales; en même temps, le suintement sanguin était très abondant, la circulation collatérale étant assez développée et cette tumeur gênant la circulation au retour : car cette hémorrhagie était surtout une hémorrhagie veineuse. J'avais à

craindre de blesser des nerfs importants, je me préoccupais peu du saphène interne, mais, en dehors, je craignais de couper le crural noyé dans la gangue inflammatoire. Je voulais ménager les muscles, et pour cela je me tenais le plus près possible de l'anévrysme ; aussi, à un moment donné, l'ai-je ouvert : un filet de sang jaillit à deux mètres de distance; un doigt placé dessus l'arrêta. Mais la dissection devenait de plus en plus difficile, surtout en dehors et en dedans, au moment d'aborder la face postérieure : l'hémorrhagie veineuse continuait et, quoique arrêté immédiatement par des pinces, le sang devenait gênant. C'est pourquoi je pris à ce moment une résolution importante : celle d'imiter la conduite de Syme dans une circonstance analogue et d'ouvrir cette énorme tumeur afin de pouvoir l'enlever plus facilement.

Je fais préparer 5 à 6 éponges, je donne un rapide coup de bistouri qui fend la tumeur de haut en bas et je fais, avec le Dr Rochard, un sérieux tamponnement. Par l'incision s'étaient échappés 7 ou 800 grammes de sang noir et de caillots (le contenu de l'anévrysme). C'était une quantité tellement grande que M. Leclerc, qui nous quittait pour aller assister un autre de nos collègues et amis, rebroussa chemin, se dévêtit de nouveau afin de nous assister en cas de besoin. Cependant le pouls n'avait presque pas faibli ; je me mis en devoir d'inspecter l'intérieur du sac, enlevant peu à peu les éponges de bas en haut. J'examinais avec attention : à un moment donné, un vigoureux jet s'éleva vers le plafond, il est immédiatement arrêté par le doigt. Je cherchai à saisir le vaisseau avec une pince hémostatique, n'y parvenant pas facilement, je glisse au-dessous de la poche une pince à mors longs et forts et je saisis le vaisseau. Je lie ensuite un petit vaisseau et à partir de ce moment, la dissection de la poche put se faire très facilement, très rapidement et sans hémorrhagie. Je disséquai toute la poche tout autour de ma pince, laissant aussi un pédicule que j'étreins d'un fort fil de soie et que je sectionne.

L'orifice de cette artère dans le sac avait plus d'un demi-centimètre de diamètre. J'ai pensé que c'était la fémorale profonde. Son siège et son calibre l'indiquaient. Du reste, c'était l'avis des membres de la Société de chirurgie quand j'ai présenté la pièce au mois de décembre de l'année dernière. Il restait, après l'opération, une vaste plaie s'étendant de la région de la fosse iliaque, haut dans l'abdomen, jusque près de la partie moyenne de la cuisse. En haut, les intestins venaient repousser le péritoine pariétal, déterminant une éventration d'un nouveau genre.

Allant de haut en bas et longeant son bord externe, le couturier flasque et flottant paraissait avoir subi une traction qui avait dépassé les limites de son élasticité ; il passait, dans tous les cas, bien en dehors de l'artère fémorale, quoique à l'état normal il aurait dû nous servir de guide dans le point où j'ai fait la ligature inférieure de cette artère. La recherche des vaisseaux n'était pas facile au milieu de cette gangue inflammatoire, où les battements n'étaient plus perceptibles. *J'avais extirpé une longueur d'artère et de veine équivalant au moins à vingt-cinq centimètres.*

Je suturai à la partie supérieure les muscles et l'aponévrose de l'abdomen aussi exactement que possible pour éviter toute éventration ; à la partie inférieure, je fis des sutures profondes, perdues.

Je suturai la peau dans l'étendue correspondante, mais, à la partie moyenne de l'incision, au niveau de l'artère fémorale, je ne suturai pas la peau pour deux raisons : la première c'est qu'il eût été impossible de le faire. Cette peau enflammée avait perdu toute élasticité et il eût été impossible de l'appliquer sur les parties profondes, sur le fond de la cuvette laissée par l'ablation de la tumeur, cuvette dont toutes les parois étaient rigides, et ensuite d'en suturer les bords. Il reste donc à ce niveau un orifice allongé de cinq centimètres de long environ, et une cavité assez grande que je comble de gaze iodoformée. Je fis un pansement à l'ouate salicylée par-dessus en exerçant un peu de compression.

Je n'eus pas à me repentir de n'avoir pas tenté la réunion immédiate totale, comme j'ai l'habitude de le faire pour toutes les plaies vierges, pour toutes les plaies portant sur des tissus aseptiques. En effet, pendant au moins quinze jours après l'opération, il s'écoula par cette plaie une quantité considérable de sérosité; c'était celle qui formait l'œdème du membre; elle s'évacuait par cette soupape. A certains moments, cette sérosité arrivait dans la cavité avec une telle abondance qu'elle la remplissait sous nos yeux en quelques instants. Cette particularité et une rétention un peu prolongée d'urine ont été les seuls incidents qui ont marqué les suites opératoires. Le 26 décembre, le malade quittait la maison de santé et pouvait monter à pied son escalier. Je l'ai revu le 30 janvier : il restait encore un peu d'œdème de la jambe ; il marchait facilement. J'ai eu de ses nouvelles récentes (31 septembre), il va très bien ; mais il a malheureusement repris, paraît-il, ses habitudes alcooliques.

Je ne veux pas vous donner le traitement et les indications des anévrysmes par l'extirpation du sac. Ce travail me paraît avoir été fort bien fait par Delbet dans son travail, d'ailleurs remarquable, de la *Revue de Chirurgie*.

Je n'aborderai ici qu'un point de cette question, d'autant qu'il a été laissé en blanc par Delbet. Je veux parler des indications du traitement des anévrysmes inguino-cruraux.

Ce traitement, à mon avis, ne doit pas être le même pour tous les cas ; les indications de la ligature, de l'incision et de l'extirpation diffèrent avec chaque variété d'anévrysme. Dans mon cas, je n'avais qu'une ressource, l'extirpation. Elle était motivée par les allures inflammatoires qu'avait revêtues l'anévrysme, et par les douleurs violentes dont il était le siège. La ligature au-dessus et au-dessous n'aurait pas modifié non plus le sac, et de fait l'événement me l'a prouvé, car la fémorale profonde en s'ouvrant dans le sac l'aurait entretenu ; les accidents inflammatoires et les caillots auraient persisté. Quant à la double ligature suivie de l'incision pure et simple du sac, le regretté professeur Trélat a bien montré qu'elle pouvait être dangereuse et n'avoir que des inconvénients, un entre autres, celui d'empêcher la réunion par première intention. J'étais donc amené à faire l'extirpation ; le volume énorme de la tumeur, la nécessité où j'étais de faire la résection d'une grande étendue (25 centimètres environ) des vaisseaux fémoraux, ne pouvaient m'arrêter, pas plus que la difficulté de l'opération et la nécessité de ménager le nerf crural et de sacrifier la veine, qui me paraissait oblitérée depuis longtemps ; et de fait, je l'ai sacrifiée dès le début.

Le volume énorme de la poche, bien loin d'être pour moi une contre-indication, était une indication de l'extirpation, et il doit en être ainsi pour les anévrysmes de toutes les régions, surtout si l'anévrysme date d'un certain temps. En effet, un volumineux anévrysme ne peut exister sans avoir déterminé autour de lui une compression d'autant plus marquée qu'il est plus volumineux, compression qui s'étendra à l'artère elle-même sur laquelle il siège, et dans laquelle il arrête le cours du sang. Il favorise donc le développement de la circulation collatérale. Cette circulation collatérale sera d'autant plus développée que l'anévrysme sera plus ancien. Dans tous les cas, on peut être certain que *cette circulation collatérale est assurée quand la nutrition du membre ou du segment de membre situé au-dessous de l'anévrysme se fait normalement, régulièrement, quoiqu'on ne puisse arriver à sentir le pouls au-dessous.*

Dans ces conditions l'extirpation du segment d'artère correspondant à l'anévrysme ne peut avoir aucune influence sur la nutrition ; on peut être assuré que cette dernière sera assurée et on n'aura pas à craindre de gangrène.

Il en résulte que, pour moi, l'absence du pouls au-dessous de l'anévrysme est une des conditions qui en rendent possible, sans accident, l'extirpation, et comme, ajouterai-je, l'extirpation me semble la méthode de choix, cette absence de pouls est une des indications de l'ablation. Je ne dis pas que l'extirpation ne puisse être appliquée dans d'autres conditions, c'est-à-dire alors que le pouls persiste au-dessous, mais je voudrais qu'alors cet anévrysme siégeât dans un point dépourvu de collatérales et surtout de collatérales importantes, car alors l'opération n'influerait pas sur la circulation du membre plus qu'une ligature ; mais j'hésiterais à traiter de cette manière un anévrysme siégeant dans un point d'où partent de nombreuses ou d'importantes collatérales et s'accompagnant de la persistance du pouls au-dessous ; car l'opérateur risquerait fort de lier ces collatérales et, par conséquent, de supprimer les voies par lesquelles la nutrition du membre est assurée.

Or les anévrysmes dans lesquels on peut encore noter la persistance du pouls au-dessous sont de petits anévrysmes, et des anévrysmes récents. Aussi, avant de tenter l'extirpation dans ces cas, proposerais-je volontiers d'employer les moyens qui peuvent développer cette circulation collatérale, c'est-à-dire d'employer la compression à distance et même la méthode de Reid, quand elle est possible.

Je crois,en effet, celle-ci capable de guérir des anévrysmes : cela est démontré. Je crois, en outre, qu'en favorisant la production de caillots dans le sac, elle détermine une gêne dans la circulation de ce sac, et dès lors le sang est obligé de se créer une nouvelle voie.

Quoi qu'il en soit, je dirai que l'extirpation est d'autant plus indiquée que l'anévrysme est plus volumineux. La grosseur de l'anévrysme est une garantie du succès de l'extirpation, à la condition, bien entendu, de faire de la chirurgie aseptique.

Pour terminer je ferai observer que l'ouverture de la fémorale profonde dans le sac, à supposer que je n'eusse fait que la ligature au-dessus, aurait probablement empêché la guérison, car la circulation n'aurait pas été empêchée dans le sac anévrysmal. La ligature au-dessus et au-dessous aurait agi comme aurait fait la méthode de Brasdor, c'est-à-dire eût été incertaine dans ces résultats, et aurait pu avoir même des conséquences sérieuses, telles que l'inflammation de la poche.

Je ferai observer que l'ouverture et l'évacuation de la poche, quelque périlleuse qu'elle fût, m'a beaucoup facilité l'extirpation de la tumeur, et j'estime que j'ai moins perdu de sang de cette manière que si je ne l'avais pas ouverte, car je n'ai guère perdu que le sang contenu dans la poche anévrysmale ; or de toutes façons je l'aurais perdu.

Les conclusions qui me paraissent résulter de mon travail sont les suivantes : la méthode de l'extirpation peut être appliquée aux anévrysmes inguino-cruraux et elle est d'autant plus recommandable que les anévrysmes sont plus volumineux : car qui dit volume, dit développement de la circulation collatérale, *la grosseur de l'anévrysme est la garantie du succès de l'extirpation.*

Généralisant ces conclusions aux autres anévrysmes, je dirai que l'extirpation est possible et doit être tentée dans tous les cas d'anévrysmes dits externes (iliaques compris) qui ont déterminé la cessation du pouls dans l'artère au-dessous d'eux ou si cette particularité n'existe pas, dans tous les cas où l'extirpation n'entraînerait pas le sacrifice de collatérales nombreuses ou importantes.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Une Faculté municipale de Médecine à Marseille.

Enfin, l'affaire est faite ! Marseille aura la gloire d'avoir, la première en France, une *Faculté municipale de Médecine* (1) ! Voilà qui va donner singulièrement à réfléchir aux Conseillers municipaux de Paris, la ville-lumière, la ville du Progrès !

Les Marseillais, qu'on critique parfois, ont du bon. Certes, ils ont l'esprit alerte, l'enthousiasme facile, la décision prompte ; mais au moins ils marchent et c'est une qualité. Ils ont compris que pour avoir, dans leur belle ville, une Faculté de Médecine, le plus simple était certainement de ne compter sur personne. L'Etat leur filant dans la main, voulant à tout prix conserver à la rivale d'à côté d'anciennes prérogatives justifiées d'ailleurs par des siècles de gloire, les Conseillers municipaux de Marseille ont décidé de tout créer par eux-mêmes (2). Qu'ils ont donc eu raison ! Ils trouveront facilement auprès de leurs riches concitoyens un appui pécuniaire plus que suffisant. Ils sont certains, d'autre part, en raison de leur vaillante initiative, de l'appui moral de tous les médecins français, de la presse scientifique tout entière. Pour nous, nous leur adressons dès aujourd'hui nos plus vives félicitations.

Quel exemple pour Paris, qui, apathique, indécis, flottant sur une mer d'avis et de rapports inutiles, n'a rien fait et ne fait, en ce moment, rien de bon en ce qui touche cette question ! Au lieu de passer leur temps à demander conseil à la Société médicale des Hôpitaux, à la Faculté, aux Ministères, nos Conseillers feraient mieux de suivre dès demain l'exemple de leurs collègues de Marseille, puisqu'ils ne peuvent plus désormais arriver bons premiers. Il serait si simple, au lieu d'attendre l'assentiment de corporations qui ont tout avantage à ne rien changer à l'état actuel des choses, pour qui l'intérêt des élèves ne vient qu'après l'intérêt personnel (c'est une loi humaine !), il serait si simple, disons-nous, de tenter de suite ce qu'a si souvent ici répété le directeur de ce journal, le promoteur reconnu des réformes de ce genre.

Qui plus est, à Paris une telle création est encore bien plus aisée à mener à bien. Comme l'a fait bien des fois remarquer M. Bourneville, il suffit d'allouer aux médecins des hôpitaux, qui accepteront de faire partie du nouveau corps enseignant, une modeste subvention, et l'Ecole municipale de Médecine sera fondée. Il n'y a rien à créer en somme ; les hôpitaux existent depuis longtemps avec leurs amphithéâtres de cours, leurs laboratoires, dont quelques-uns sont fort bien aménagés ; quelques dépenses fort minimes suffiront

(1) Nous savions personnellement que depuis longtemps Marseille était décidée à répondre ainsi aux cris d'alarme poussés par Montpellier ; mais nous avons tenu à garder le silence jusqu'au vote du Conseil municipal.

(2) On nous écrit en effet de Marseille : Le Conseil municipal de Marseille a voté mardi soir la création d'une Faculté municipale de médecine et de pharmacie qui sera installée dans le château du Pharo. Des souscriptions particulières sont réunies, d'autre part, sous l'initiative de M. Delibes, pour améliorer la situation des laboratoires de la Faculté des sciences ; elles atteignent à ce jour 70.000 fr. — Voilà un chiffre qui promet. MM. les Parisiens, à l'œuvre à votre tour !

certainement. On a même une École d'Anatomie qui ne demande qu'à voler de ses propres ailes.

Qu'est-ce qu'on attend donc? Que la Faculté dise oui ? Mais c'est lui demander de se couper le cou ou tout au moins de s'amputer une cuisse ! Que le Gouvernement trouve cela une idée de génie et tombe en admiration devant celui qui a consacré une grande partie de son temps à la faire comprendre, à la défendre, à la faire admettre comme possible, pratique, utile ? Mais c'est le forcer d'avouer qu'il est au-dessous de sa tache, avec l'organisation actuelle et la centralisation à outrance! Comme c'est la vérité, vous voyez d'ici combien on a de chances de le voir trouver admirable ce que nous voudrions qu'on fit sans tarder !

Non. Ce n'est point ainsi qu'il faut procéder. Nous croyons qu'une Ecole municipale de médecine à Paris serait une institution utile ; nous pensons même qu'il est urgent de la créer, pour assurer aux médecins futurs une éducation convenable. MM. les conseillers municipaux, vous pensez comme nous, ou bien vous nous trouvez ridicules ou tout au moins emballés sur une fausse piste, lancés sur une voie qui se termine par un large fossé ! Si cette dernière alternative est celle qui vous sourit, tout le monde comprendra que vous n'ayez point envie de faire avec nous la culbute. Mais si, au contraire, comme nous, vous êtes convaincus que Marseille s'engage dans le droit chemin, réalise un progrès ; eh bien ! qu'attendez-vous ? Décidément, la Cannebière finira par valoir notre coin de boulevard Saint-Germain. Et si vous n'avez à opposer que le monument de pierre, style plus ou moins grec, qui a reçu le nom majestueux de Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, à la Faculté municipale du Pharo, les rieurs seront, comme toujours, du côté du Midi, d'où vous vient, cette fois, la lumière (1)!

Marcel B.

Le stage des Femmes Pharmaciennes.

Dans notre dernier numéro, nous insistions sur la question du stage des Femmes Pharmaciennes. Renseignements pris, peu de pharmaciens semblent, jusqu'à nouvel ordre, disposés à accepter chez eux, comme élèves, les jeunes filles pourvues du certificat réglementaire. Nous croyons qu'on pourrait, dès maintenant, tourner la difficulté de la façon suivante.

Puisqu'on admet les élèves femmes comme stagiaires dans les services hospitaliers (médecine, chirurgie, accouchements), ne pourrait-on pas autoriser les jeunes étudiantes en pharmacie à faire leur stage dans les pharmacies des hôpitaux ? Elles trouveraient là un enseignement pratique égal, sinon supérieur, à celui qu'elles peuvent recevoir en ville. Certes, il y a bien quelques différences entre ce qui se fait à l'hôpital et dans une officine en ville; mais s'agit-il de détails importants? Evidemment non. L'Assistance publique, à Paris, par exemple, aurait de la sorte un supplément de personnel, instruit et actif, et nous ne croyons pas qu'en principe elle puisse s'opposer à une telle innovation. D'autre part, les pharmaciens des hôpitaux et leurs collaborateurs directs, les internes, trouveraient certainement chez ces jeunes filles le même zèle, le même dévouement que les médecins, chefs de service, auprès des étudiantes en médecine.

En tous cas, c'est au moins là une solution pratique à la question qu'on nous pose, et, pour Paris, l'Assistance publique n'a qu'à dire oui, car aucun règlement n'exige que le stage soit fait dans une pharmacie ayant pignon sur rue. Il y en a peut-être d'autres. Nous en reparlerons à l'occasion, si celle que nous proposons ne convient pas à tout le monde. M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

MM. GRIMAUX et ARNAUD. — *Transformation de la cupréine en quinine.* — La Cupréine, extraite du Remijia pedunculata, est une base soluble dans les alcalis qui paraît avoir un caractère phénolique. Sa formule est Az_2 $C_{19} H_{22} Az_2 O_2$, tandis que celle de la quinine est $C_{20} H_{24} O_2$. Ainsi que pouvait le faire prévoir cette formule, les expériences ont démontré que la Quinine était l'éther méthylique de la cupréine. Pour obtenir cette méthylcupréine il suffit de chauffer pendant 12 heures une molécule de cupréine additionnée d'un atome de sodium en solution dans l'alcool méthylique avec une molécule de chlorure d'éthyle. Il se forme alors de la quinine libre. On évapore à sec, on traite par le soude faible pour enlever la cupréine non transformée et on agite avec l'éther qui dissout la quinine. On transforme ensuite la quinine en sulfate par les procédés ordinaires. Le sel obtenu présente les mêmes propriétés que le sulfate de quinine. Il est en fines aiguilles, d'une saveur fortement amère et soluble avec une fluorescence bleue dans l'eau acidulée d'acide sulfurique (1).

MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 *avril* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

MM. QUINQUAUD et GRÉHANT ont recherché par l'excitation électrique quel est le degré d'*excitabilité du muscle dans l'empoisonnement par le curare.* — Ils ont employé la grenouille et le lapin comme animaux d'expérience, et constaté que la puissance musculaire était considérablement diminuée. Le courant électrique employé était d'in-

(1) Nous lisons ce qui suit dans le *Petit Provençal :* M. Gourret, rapporteur, fait un long et remarquable exposé de la question de la création d'une Faculté municipale de médecine et dépose les conclusions suivantes, qui sont adoptées à l'unanimité : 1° Il est institué à Marseille une Faculté municipale de médecine et de pharmacie, dont la durée est fixée à 30 ans ; 2° Les cadres de cette Faculté seront ceux prévus dans le présent rapport. Le budget, au compte de la Ville, ne sera pas supérieur à 345,600 fr., ni inférieur à 305,600 francs ; 3° La Faculté occupera le château du Pharo ainsi que l'Institut annexé à ce bâtiment, conformément aux plans et devis dressés à la date du 27 février 1891. La Ville pourvoira les dits locaux ; 4° La Ville fournira les cliniques indispensables à l'enseignement. Ces cliniques seront organisées à l'Hôtel-Dieu et, si besoin, à la Charité. Le concours de la Ville, pour cette organisation, est fixé à deux cent cinquante mille francs ; 5° Les dépenses prévues aux articles 3 et 4 seront couvertes par la vente des terrains non encore aliénés des rues Colbert et des Incurables ; 6° L'ouverture de la Faculté aura lieu dès l'achèvement et l'aménagement du Pharo ; 7° Après l'achèvement de l'Institut anatomique, l'amphithéâtre de la rue Montée-Saint-Esprit sera destiné aux services des autopsies ; 8° Le jardin botanique au parc Borély fera retour au service des plantations ; 9° Les plans, devis et cahiers des charges seront dressés par M. Huot, architecte en chef de la Ville. (*Conseil municipal de Marseille*).

(1) Voir le Bulletin de notre dernier numéro.

tensité rigoureusement constante, et toutes les causes d'erreur soigneusement évitées. Le curare employé était celui de Cl. Bernard.

M. Laborde dit que la constatation de l'origine du produit est très importante. Il n'y a pas, en effet, un curare, mais différents produits n'ayant pas tous les mêmes effets physiologiques. D'ailleurs la dissociation des effets toxiques n'est réellement marquée qu'à une période de l'empoisonnement.

M. d'Arsonval a recherché, avec M. Brown-Séquard, l'influence sur l'organisme *du liquide extrait de différents organes.* — Les auteurs se sont surtout occupés des extraits de muscles au point de vue de l'augmentation de la force musculaire et des extraits de pancréas employés chez les chiens rendus diabétiques par suppression de cette glande. Ces liquides sont obtenus par filtration sur la bougie Pasteur, sous la pression de l'acide carbonique liquéfié. Il sont ainsi rendus aseptiques et peuvent être supportés sans danger. En les filtrant simplement sur du papier on obtient, au contraire, presque toujours des accidents.

M. d'Arsonval a soumis *le sang à l'action de l'acide carbonique* liquéfié dans ces conditions. Ce sang est fortement altéré; il se produit un précipité noir, insoluble dans la plupart des réactifs, et des cristaux de chlorhydrate d'hémine dus sans doute à ce que l'acide carbonique à 60 atmosphères déplace l'acide chlorhydrique des chlorures.

M. Quinquaud lit une note de M. Œschner de Koninck, de Montpellier, sur une *ptomaïne pyridique* qui ralentit la fermentation alcoolique, supprime la fermentation amygdalique et la fermentation ammoniacale de l'urine. Elle arrête aussi le développement de quelques-uns des bacilles de la putréfaction.

MM. Cadéac et Albin Meunier, de Lyon, poursuivent l'étude expérimentale des différentes essences qui entrent *dans la composition du vulnéraire.* Ils ont constaté, par la méthode graphique, que l'essence d'hysope possède des propriétés convulsivantes tout à fait comparables à celles des essences de sauge et de romarin.

M. Gley lit une note adressée par M. Kronecker, de Berne, qui a observé chez le chien les *trémulations fibrillaires* du cœur décrites par M. Gley dans le cœur d'un supplicié, et qui semblent indiquer dans le cœur l'existence d'un appareil nerveux spécial.

M. Giard insiste sur la valeur de la *distribution géographique* des animaux appartenant à la classe des Lombrics, au point de vue de la zoologie ethnographique.

M. Arthus a étudié la question de la *disparition des sucres dans le sang,* attribuée récemment par M. Lépine à un ferment glycolitique sécrété par le pancréas. La suppression de la glande amènerait la disparition de ce ferment, l'accumulation de sucre dans le sang et la glycosurie. M. Arthus pense que cette théorie du diabète pancréatique n'est pas fondée, car le ferment glycolitique n'existe pas dans le sang vivant; il apparaît en même temps que le fibriné-ferment, probablement aux dépens des globules blancs, et c'est alors qu'on observe la disparition du sucre, en même temps que la coagulation de la fibrine, due au fibriné-ferment. Quand on ajoute au sang les substances qui arrêtent la coagulation, le fluorure de sodium ou l'oxalate de soude, on ne voit point le sucre disparaître du sang. De plus, ce ferment glycolytique ne se retrouve pas dans l'urine.

M. Grimaux fait une communication sur la *synthèse de la quinine.* (Voir notre dernier numéro.)

M. Mangin réclame pour M. Leclerc la priorité de l'*endiomètre* décrit par M. Bonnier dans la dernière séance.

Al. Pilliet.

Faculté de médecine de Lille. — M. Tracou, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, à dater du 1er avril 1891, chef de clinique obstétricale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Trachet, dont le temps d'exercice est expiré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Crimail (de Pontoise) rapporte une observation d'*opération césarienne pratiquée deux fois chez la même femme,* âgée de 24 ans, naine, mais non rachitique, à bassin uniformément rétréci. La première opération fut pratiquée en octobre 1888, la seconde en février 1891. Pour éviter une troisième grossesse, l'auteur sectionna les deux trompes entre une double ligature à 5 centimètres de l'utérus. Les suites sont excellentes et actuellement la mère et l'enfant se portent bien.

M. le Président lit une lettre de M. Derouin, secrétaire général de l'Assistance publique, au sujet des *causes de la dépopulation de la France,* et qui rappelle que, d'après des pièces contenues dans la *Collection des Documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris,* le bureau de l'Hôtel-Dieu de Paris, en 1668, 1674 et 1681, s'était plusieurs fois préoccupé de la question des accouchements secrets et l'avait résolue affirmativement, pour diminuer autant que possible les avortements.

M. Le Fort regrette qu'il n'en soit plus de même en 1891 et désire qu'on revienne à deux siècles en arrière.

M. Marjolin pense qu'il est possible, tout en ne supprimant pas le tour ou le bureau ouvert, qui sont indispensables, de diminuer le nombre des enfants abandonnés: 1° par la recherche de la paternité, qui a fourni de bons résultats dans les pays où elle est en usage; 2° par la distribution de secours alloués aux filles-mères.

M. Th. Roussel, après avoir fait l'histoire du tour et du bureau ouvert, se déclare partisan de ce dernier. Il se rallie à la proposition de M. Brouardel concernant les maternités secrètes, mais considère que cette question est une des moins prêtes pour un bon résultat législatif, et qu'il vaut mieux attendre le projet de loi sur les maternités qui est préparé en ce moment par la Direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, pour faire suite au projet de revision de la législation sur les enfants assistés.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 17 avril 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

MM. Chauffard et F. Widal communiquent leurs *recherches expérimentales sur les processus infectieux et dialytiques des kystes hydatiques du foie.* — Il résulte de ces recherches: 1° que le liquide clair des kystes est rigoureusement aseptique; 2° qu'il constitue un bon milieu de culture pour les microbes qui y sont introduits; 3° que la membrane hydatique si mince qu'elle soit constitue un filtre naturel parfait qui ne laisse pas passer les microbes, mais se laisse facilement traverser par les substances solubles d'origine microbienne ou minérale, ainsi que par les substances colloïdes et albuminoïdes.—Les auteurs ont ensuite cherché quels antiseptiques peuvent arrêter le développement des cultures dans le liquide hydatique, et quelle quantité il en faut employer. Le sublimé au 1/55000 suffit, pour l'acide phénique les doses seraient trop élevées pour être utilisables. L'eau naphtolée à 6 0/0, c'est-à-dire saturée, permet encore la germination.

M. Dumontpallier signale un cas de kyste hydatique du foie, opéré par la voie transdiaphragmatique, qui a été compliqué de pleurésie probablement à la suite de pénétration du liquide hydatique dans la plèvre, liquide qui n'était pas purulent.

M. Netter. — J'ai examiné le liquide de la pleurésie dont parle M. Dumontpallier, ce liquide ne renfermait aucun microbe et n'a déterminé aucune suppuration. La pleurésie est restée séreuse.

M. Letulle a cultivé deux fois un liquide hydatique clair. Celui-ci est resté stérile. Il a constaté plusieurs fois l'intégrité de vésicules filles nageant dans le pus de kystes suppurés. Il partage l'avis de MM. Chauffard et Widal sur la nature toujours secondaire de l'infection pyogénique du kyste, mais l'infection sanguine ne peut-elle être invoquée dans un certain nombre de cas; deux exemples de kystes suppurés sur-

venus, l'un chez un homme qui avait une suppuration amygdalienne et l'autre une petite caverne tuberculeuse suppurée, donnent à penser que l'infection peut suivre la voie des vaisseaux sanguins.

M. NETTER à l'occasion du procès-verbal communique ses *recherches expérimentales sur l'étiologie des pleurésies scrofuleuses.* L'examen microscopique de l'épanchement ne permet pas d'y déceler la présence du bacille de Koch ; en revanche, la culture fournit de précieux renseignements. Employée dans 41 cas, elle a donné 15 résultats positifs. On peut diviser les observations en 3 groupes : 1er groupe, 9 cas, la cause de la pleurésie est connue et sans aucun lien avec la tuberculose ; dans ces 9 cas l'inoculation du liquide n'a jamais été suivie de tuberculose. Le 2e groupe comprend des malades évidemment tuberculeux; 7 fois seulement l'inoculation a donné des résultats positifs et, sur ces 7 succès, 5 reviennent aux hydropneumothorax. Le 3e groupe comprend les pleurésies de cause inconnue, dites essentielles, il comprend 20 cas qui ont fourni 8 résultats positifs, soit 40 0/0. Sur ces 20 pleurésies essentielles 13,5, au moins sont turberculeuses, soit plus de 68,57 0/0. On a donc raison de soutenir que le plus grand nombre des pleurésies fibrineuses dites positives sont d'origine tuberculeuse et qu'il convient en pareil cas de réserver toujours le pronostic.

MM. CHARRIN ET ROYER. — *Bacille d'Eberth dans un épanchement pleural hémorrhagique.* — Le 24 novembre 1890 entre, dans le service de M. Bouchard, un homme de 31 ans, malade depuis 15 jours. On porte avec réserves le diagnostic de fièvre typhoïde ; le 4 décembre, point de côté à gauche, léger épanchement qui rétrocède vers le 10, le 19 la dyspnée et l'épanchement augmentent, râles aux sommets. Une ponction avec la seringue de Pravaz donne issue à quelques gouttes de liquide hémorrhagique. Le 9 janvier, on retire, par thoracenthèse, 2 litres de liquide hémorrhagique. Le malade meurt le 12. A l'autopsie : intégrité des viscères abdominaux et des plaques de Peyer. Noyaux disséminés de broncho-pneumonie tuberculeuse. Les cultures faites avec le liquide pleural ont donné des colonies absolument identiques à celles du bacille d'Eberth. Ces cultures, très virulentes pour la souris, ont donné naissance chez le cobaye à des épanchements hémorrhagiques dans la plèvre et le péritoine.

M. DEBOVE présente à la Société des *aiguilles de Pravaz en platine iridié* qui peuvent être passées à la flamme, bouillies, rougies et mises à l'autoclave, sans rien perdre de leurs qualités ; c'est là un progrès sur les aiguilles d'acier, impossibles à stériliser, et sur les aiguilles d'or et de platine trop molles. L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. NICAISE.

M. TERRILLON lit un rapport sur une série d'observations de *chirurgie intestinale* qui ont fait l'objet d'une communication à la Société par M. BOIFFIN (de Nantes). Le 1er fait a trait à une *laparotomie pour obstruction intestinale* chez un nouveau-né, âgé de 3 jours. Ce fait a surtout un intérêt anatomo-pathologique. A l'ouverture du péritoine, M. Boiffin trouva un péritoine plein de méconium. L'enfant mourut, comme on le pense bien. A l'autopsie, chose plus intéressante, on trouva deux rétrécissements très serrés siégeant sur la fin de l'intestin grêle. Il y avait arrêt de développement du gros intestin. Le rectum avait un calibre anormal. A noter surtout la multiplicité des rétrécissements. — Dans le 2e fait, il s'agit d'une *fistule stercoro-purulente* consécutive à un phlegmon herniaire, qui avait déjà été opérée en vain en 1878 et que M. Boiffin opéra à nouveau en 1890, en suturant simplement l'intestin au niveau de la fistule. Au bout de quelques jours, l'intestin ayant fait issue par la plaie et la fistule menaçant de se rouvrir, M. Boiffin prit un parti énergique et fit la *résection intestinale avec entérorrhaphie circulaire.* Guérison complète. La première intervention, ajoute M. Terrillon, était très rationnelle, mais il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle n'ait pas abouti ; le bourrelet muqueux dans ces fistules est en effet fort gênant. La 2e intervention de M. Boiffin a été suivie d'un beau succès, mais peut-être aurait-il pu se borner à refaire l'opération qui avait échoué une première fois. — Le 3e cas est encore plus intéressant. Un homme avait eu une typhlite suppurée, ouverte dans le rectum et la vessie ; le cæcum formait une induration volumineuse, empâtée, sans qu'il y eût cependant dans son voisinage de foyers purulents. M. Boiffin n'hésita pas ; il fit la laparotomie. Plutôt que de tenter la guérison des fistules vésico-cæcales et cæco-rectales par la destruction des trajets fistuleux et la suture intestinale latérale — ce que nous avons vu faire dans un cas à notre maître, M. Terrier — il eut l'ingénieuse idée de pratiquer chez ce malade une *entéro-anastomose* entre le côlon transverse et l'intestin grêle. De la sorte les matières fécales ne passeraient plus par le cæcum et forcément, à un moment donné, les fistules se fermeraient. C'est ce qui est arrivé. Ce malade, cachectisé par des suppurations prolongées, a été ressuscité par l'opération, qui a été très simple (communication des anses intestinales sur une étendue assez grande ; une seule rangée de sutures séro-séreuses). M. Terrillon reproche seulement à M. Boiffin de n'avoir pas employé la suture de Czerny-Lembert (sutures à 2 étages), qui offre certainement plus de garantie. Il termine en faisant remarquer qu'il s'agit là du 2e cas d'entéro-anastomose pratiqué en France. La première opération de ce genre a été faite, on le sait, dans notre pays, dans le service de M. Terrillon, à la Salpêtrière.

M. BERGER fait un rapport sur le *bandage herniaire* de M. BERNARD (de Poissy). Ce bandage se compose d'une sorte d'arcade antérieure, métallique, mais élastique, un peu courbe, à concavité supérieure, formée à son extrémité de deux petites tiges perpendiculaires à l'arcade, venant s'appliquer sur les lésions trochantériennes quand le bandage est en place. Le bandage est complété par une sangle postérieure ; les pelotes, simples ou doubles, se fixent sur l'arcade antérieure directement ou par l'intermédiaire d'un ressort. Ce bandage, qui a une certaine analogie de construction avec celui de Dupré, en diffère pourtant par son principe même : Il agit par pression élastique, grâce à la sangle postérieure. Il peut rendre de grands services dans les cas de hernies difficiles à maintenir réduites. M. Berger l'a expérimenté lui-même avec succès. Avec quelques perfectionnements, ce bandage, qui a besoin d'être un peu dégrossi, deviendra parfaitement recommandable pour des cas donnés.

M. BERGER présente un malade qui a subi une *désarticulation de la cuisse* pour une récidive d'ostéo-sarcome périodique du fémur. Le procédé employé a été celui de M. Verneuil (raquette après ligature préalable de la veine et de l'artère fémorale). L'opération a été d'allure bénigne ; cependant le choc opératoire a été manifeste. Ce malade a suppuré à diverses reprises (il y a eu même suppuration bleue). M. Berger est persuadé que cette suppuration, qui est apparue après une semaine, qui a débuté dans la cavité cotyloïde et qui s'est faite le long du drain, est due à l'existence même de cette cavité cotyloïde elle-même au fond de la plaie de désarticulation (1). Aussi se propose-t-il d'abraser désormais complètement cette cavité et d'enlever son cartilage, pour avoir une surface osseuse plane, quand il aura à faire une prochaine désarticulation. Il supprimera aussi le drainage s'il le peut. Le malade, aujourd'hui guéri, marche bien à l'aide d'un simple pilon.

M. VERNEUIL a, dans son service, un jeune homme auquel il a pratiqué la même opération, pour un ostéosarcome également. Naturellement il a employé son procédé. La perte de sang a été insignifiante. Il n'a pas réuni la plaie qui a abondamment suppuré. Jamais son malade n'a eu plus de 38°,6.

M. ROUTIER a fait aussi une désarticulation de cuisse par le procédé de M. Verneuil. Il a eu lui aussi un abcès et de la sup-

(1) Cette pathogénie de la suppuration nous parait difficile à admettre. Si la plaie a suppuré, le cotyle n'étant pas infecté au moment de l'intervention, c'est qu'*elle a été inoculée* par un procédé quelconque (catgut non aseptique, drain non suffisamment stérilisé, ou plutôt infection secondaire du trajet du drain pendant un pansement, puisque le pus n'est apparu qu'un certain temps après l'opération. N'oublions pas qu'il y a eu du *pus bleu !*) M.B.

puration localisée au bout de quelques jours comme M. Berger, mais le malade a bien guéri. Comme M. Berger, il croit bon d'abraser la cavité cotyloïde pour éviter la suppuration.

M. PEYROT a désarticulé un fémur pour une ostéomyélite. Il a utilisé le procédé de M. Verneuil. Il n'a pas drainé : il avait fait une réunion profonde solide (1). Pas de température. Huit jours après l'opération toutefois, une petite partie de la peau s'est sphacélée; mais il n'y a pas eu de suppuration. Il attribue ce sphacèle à l'acide phénique.

ELECTION.— M. FELIZET, chirurgien des hôpitaux, est nommé membre de la Société de Chirurgie, par 17 voix sur 33 votants, contre 16 à M. Delorme, médecin militaire. Marcel BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 22 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. VIGIER.

M. CRÉQUY présente un *Spéculum* à vis de pression latérale, ayant l'avantage de tenir seul dans le vagin.

Fin de la discussion sur le régime alimentaire des diabétiques.

M. DUHOMME. — Je ne crois pas qu'il faille supprimer le sucre dans l'alimentation des individus atteints d'uroglycosie simple. Je pense qu'il est impossible de faire un code complet du régime du diabétique. Il n'y a pas deux de ces malades qui se ressemblent. Certaines substances augmentent le sucre chez les uns, pas chez les autres, ou chez le même individu, à un moment et pas à un autre. J'examine les urines de mes malades toutes les trois semaines, après deux à trois jours de régime restreint. Si le sucre n'existe pas après ce peu de temps, la glycosurie n'est pas grave.

M. LABBÉ. — D'après M. Duhomme, les pommes de terre seraient un très mauvais aliment pour les diabétiques. Cependant les pommes de terre contiennent moins de sucre que les haricots, le riz, etc. J'ai essayé les pommes de terre chez un malade, et le sucre a diminué.

M. DUHOMME. — J'ai dit que ce n'est pas le plus ou moins de sucre ingéré qui augmente le sucre de l'urine. Dans l'uroglycosie simple, je crois même qu'il est dangereux de le supprimer de l'alimentation des malades. Si on le supprime un temps plus ou moins long, cela n'empêche pas le glycose de réapparaître dans les urines dès, que le régime restreint n'est plus fait rigoureusement. De plus, que ces malades pissent ou non du sucre, ils ne s'en portent pas plus mal.

M. BOVET, de Pougues, communique *un travail sur l'application de la méthode du chimisme stomacal à l'étude des eaux minérales.* Il fait ressortir tout l'intérêt qu'il y a pour le clinicien à faire l'analyse du suc gastrique, d'après les procédés de MM. Hayem et Winter, afin de se rendre un compte exact, non seulement de la proportion d'acide chlorhydrique libre, mais surtout de la combinaison de cet acide avec les albuminoïdes, résultat qui n'avait pas été obtenu jusqu'à ce jour. Ayant appliqué ces moyens dans ses recherches sur l'action des eaux minérales bicarbonatées calcaires de Pougues, M. Bovet en arrive à cette conclusion, qui a sa valeur, c'est que : des diverses variétés de dyspepsies, la forme hypopeptique (l'hypochlorhydrie de M. Sée), c'est-à-dire celle où il y a diminution ou insuffisance de la sécrétion gastrique, celle-là principalement bénéficierait dans une large mesure de la médication par les eaux bi-carbonatées calcaires. Les dyspepsies apeptiques ou achlorhydriques, celles, par conséquent, où la sécrétion de l'acide chlorhydrique et des autres éléments chlorés est nulle, bien que moins améliorées par le traitement, jouiraient néanmoins de l'action stimulante et tonique de ces eaux. Chez les hyperpeptiques ou hyperchlorhydriques, ceux dont la sécrétion est augmentée par suite d'une excitation exagérée du processus fermentatif, l'effet serait nul.

A. RAOULT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. CHAUVEAU.

La Société discute le rapport de M. le Dr DROUINEAU sur la *déclaration médicale obligatoire des maladies transmissibles.*

MM. NAPIAS, DROUINEAU, NICOLAS, MONOD, PROUST prennent part à la discussion.

M. MONOD. —*Les mesures sanitaires en Angleterre.* — Grâce aux lois anglaises sur l'hygiène, il a été possible de diminuer la mortalité dans une grande proportion : les villes exécutent les travaux reconnus nécessaires par les hygiénistes, parce que ceux-ci peuvent appuyer leurs réclamations sur des lois que l'autorité fait exécuter. La loi protège le public contre les gens qui ont infecté leur prochain : tout individu ayant vendu des meubles, vêtements, etc., capables de contaminer ou d'infecter les personnes, est sévèrement condamné. Les lois permettent également la poursuite des falsifications des denrées alimentaires et des médicaments : des chimistes spéciaux sont chargés de ces analyses : en présence de ces mesures les commerçants fréquemment poursuivis et condamnés ont restreint leurs falsifications : alors qu'il y a une dizaine d'années les produits analysés donnaient comme falsifications 29 pour mille, aujourd'hui on ne trouve plus que 12 pour mille. Les falsifications ont donc été efficacement combattues.

M. LIVACHE. —*Considérations sur les ateliers de location de force motrice.* — L'auteur montre les dangers courus par les industriels et les habitants du voisinage et étudie la réglementation de ces ateliers.

MARTHA.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LEBLANC.

M. PORAK présente : 1° des pièces résultant d'une *céphalotripsie* pratiquée avec succès dans un rétrécissement inférieur à 7 centimètres; 2° des pièces concernant un enfant atteint d'un vice de conformation, dû à un défaut d'occlusion du cloaque interne. — M. Porak rapporte ensuite le cas d'une *opération césarienne* faite chez une femme atteinte de cancer de l'utérus; guérison rapide de la malade, mais retard dans la croissance de l'enfant. La mère et l'enfant ont été suivis pendant cinq mois.

M. WEBER. — Le succès dans cette opération tient à la rapidité de la décision et de l'intervention. Témoins les mêmes opérations chez les animaux.

M. JASIEWICZ. — *Existe-t-il une albuminurie physiologique?* — Il s'agit d'un homme qui depuis quatre ans émet journellement dans ses urines de 0,50 à 1gr50 d'albumine, sans altération apparente dans sa santé, et sans qu'il ait subi de traitement.

M. TISON croit à la possibilité d'une albuminurie physiologique. Il cite à l'appui Paul Bert et Semmola, et il rapporte deux observations analogues à celle de M. Jasiewicz.

M. BRIVOIS pense qu'il s'agit d'un fait pathologique et que l'albuminurie physiologique n'existe pas. Ce serait une affection diathésique chez un arthritique et il cite à ce propos l'opinion de Bouchard sur les ralentissements de nutrition. Il conseille le bicarbonate de soude à haute dose pour éclairer le diagnostic. Il est bien entendu nécessaire de faire une distinction entre l'albuminurie diathésique et le mal de Bright.

M. GAUTRELET. — L'analyse d'urine révèle que le malade d M. Jasiewicz est un arthritique hyperacide. Il ne croit pas à l'albuminurie pathologique. L'analyse rénale empêche l'albumine de transsuder dans les conditions physiologiques ordinaires. L'état pathologique seul change ces conditions, exemple dans les artério-scléroses, dans les maladies organiques du cœur et dans le mal de Bright.

Séance du 16 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LEBLANC.

M. PORAK présente des pièces relatives : 1° à l'*obstruction congénitale du duodénum* chez un enfant; 2° à une *endocardite* ayant entraîné la mort quelques jours après la naissance. Ces différentes lésions sont extrêmement rares ; c'est ce qui en fait le grand intérêt.

(1) L'observation de M. Peyrot montre bien qu'il est superflu d'abraser le cotyle, non infecté, comme le proposent MM. Berger et Routier. Ce malade n'ayant pas été infecté primitivement pendant l'opération, n'ayant pas pu l'être secondairement le long du trajet du drain — par la bonne raison qu'il n'y avait pas de drain — il n'a pas suppuré. Cela nous semble très simple. (M. B.).

M. Choay. — *De la créosote pour les injections sous-cutanées.* — Il fait une communication sur la créosote propre aux expériences sous-cutanées. Les nombreuses analyses de laboratoire qu'il a dû effectuer soit pour la rectification des créosotes commerciales, soit pour la préparation de leur principe actif, le gaïacol, lui ont démontré que les créosotes livrées à la thérapeutique n'avaient d'officinal que le nom. Tandis que la créosote du Codex bout de 200° à 210°, les produits commerciaux commencent à distiller quelquefois à une température beaucoup plus basse que 200° et alors ils sont chargés d'acide phénique; ou bien ils ne commencent à distiller qu'après 210° et dès lors ils sont complètement dépourvus de gaïacol. Dans tous les cas la richesse de ces créosotes industrielles en créosote officinale est extrêmement variable. M. Choay fait remarquer le danger qu'il y aurait à injecter sous la peau et à haute dose de pareils mélanges, d'après la méthode de MM. Bouchard, Gimbert, Lereboullet, Burlureaux, Pignol, Picot, etc. Il décrit ensuite le procédé auquel il a recours pour préparer une véritable créosote officinale complètement débarrassée d'acide phénique et qu'il appelle par abréviation Créosote Alpha.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 20 avril 1891. — Présidence de M. Brouardel.

M. H. Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, rend compte de l'*état sanitaire à l'intérieur :* depuis la dernière séance, aucune épidémie nouvelle n'a été signalée, en dehors de quelques cas de *rougeole* à Auxerre.

M. le Dr Proust rend compte de l'*état sanitaire à l'extérieur.* Il y a eu six cas mortels de *choléra* à Massaouah ; des mesures hygiéniques rigoureuses ont arrêté l'épidémie dans la ville. — La *peste* a présenté une grave recrudescence dans l'Assir; on parle de dix mille morts déclarées, ce qui serait énorme dans ce pays l'un des moins peuplés du monde.— La recrudescence du *choléra* à *Calcutta* s'est manifestée par l'arrivée à Suez d'un plus grand nombre de navires passibles de mesures quarantenaires; mais, conformément à ce qu'exigent les Anglais, qui sont en majorité dans le conseil sanitaire, ils passent en quarantaine, c'est-à-dire sans aucune mesure sanitaire prise à Suez. C'est ainsi que le 15 mars un navire anglais qui avait à son bord, dans son voyage de Calcutta à Colombo, onze cas de choléra dont dix morts, est arrivé à Suez, est resté en rade et s'est engagé ensuite dans le canal, sans avoir subi même vingt-quatre heures d'observation.

M. Proust lit ensuite un *rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison d'Auxonne* aux mois de novembre et de décembre 1890. Il résulte clairement de ce rapport que cette épidémie a été due à l'eau de boisson insalubre.

M. Chauveau lit ensuite un *rapport sur la rage.* Après avoir constaté les résultats de plus en plus favorables obtenus par le traitement de M. Pasteur, M. Chauveau conclut à ce que le Comité d'hygiène donne son approbation aux conclusions votées par l'Académie de médecine. — Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. le Dr Gilbert Ballet lit un rapport dont les conclusions tendent à ce qu'il ne soit pas donné suite à un vœu du Conseil d'hygiène du Finistère demandant que les *instituteurs soient autorisés à vacciner les enfants fréquentant leurs écoles.* — Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. Brouardel lit un rapport sur *la fièvre typhoïde en France.* Dans ce rapport, M. Brouardel compare les régions de la France au point de vue de la mortalité civile et de la mortalité militaire. Il démontre que, d'une façon générale, l'état sanitaire de la population civile et de la population militaire subit des variations assez concordantes. Cependant, au point de vue de la population civile, la Normandie (Seine-Inférieure, Calvados et Eure) constitue la zone géographique la plus frappée, tandis que son rang dans la statistique militaire est loin d'être aussi mauvais ; que, par contre, l'armée de Paris est relativement beaucoup plus atteinte que la population civile.

Le Comité d'Hygiène exprime le vœu que ce rapport soit publié à l'*Officiel.*

Faculté de médecine de Lyon. — Un congé, du 1er avril au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pierret, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Weill, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est chargé, du 1er avril au 31 octobre 1891, d'un cours de clinique des maladies mentales à ladite Faculté.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'aménorrhée et de la dysménorrhée par l'apiol.

Par le Dr X. Delmis.

L'apiol est le principe actif de la graine de persil (*Apium petroselinum*). C'est un liquide oléagineux de couleur ambrée, plus dense que l'eau, d'une odeur spéciale, rappelant celle de la graine d'où il est extrait, d'une saveur piquante et âcre ; insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool, l'éther et le chloroforme.

L'apiol a été découvert et étudié, en 1849, par Joret et Homolle, qui pensaient trouver, dans cette substance, un succédané du sulfate de quinine. Cette opinion, basée sur les travaux des auteurs antérieurs qui avaient reconnu à la graine de persil certaines qualités antipériodiques, ne fut pas complètement vérifiée par la clinique.

Les expériences faites en France et à l'étranger démontrèrent, en effet, que si, dans les pays tempérés, l'apiol guérit la fièvre dans la proportion de 85 pour 100, cette proportion n'est que de 55 pour 100 dans les climats chauds.

Par contre, les médecins qui expérimentèrent le produit obtenu par Joret et Homolle ne tardèrent pas à reconnaître que cette substance était un précieux emménagogue. Dès 1855, Joret publiait trois observations où ce médicament avait amené une complète guérison. En 1863, Marotte, médecin de la Pitié, publiant dans le *Bulletin de thérapeutique* le résultat de ses expériences faites avec l'apiol préparé par Joret et Homolle, constatait que dans six cas d'aménorrhée et sept cas de dysménorrhée, cette substance administrée, soit seule, soit comme corollaire d'un traitement général, avait donné les meilleurs résultats.

Depuis lors, les observations se poursuivirent, qui toutes vinrent corroborer les résultats obtenus par les premiers expérimentateurs, et M. Guéneau de Mussy, dans la *Gazette des hôpitaux* de juillet 1868 ; Raciborski, dans son *Traité sur la menstruation*; M. Siredey, aux articles aménorrhée du *Dictionnaire de Jaccoud;* Valleix, dans son *Guide du médecin praticien*; Bossu, dans le *Petit dictionnaire de pathologie*; Reveil, dans son *Formulaire des médicaments nouveaux*; MM. Bouchut et Desprès, dans leur *Dictionnaire de thérapeutique ;* Gobley, dans le *Dictionnaire de Dechambre ;* Galligo et Poggeschi, dans le *Bulletin de thérapeutique*, et beaucoup d'autres auteurs qu'il serait trop long de citer, font entrer définitivement dans la pratique courante de la gynécologie l'extrait de la graine de persil.

On obtient également, par les procédés de Joret et Homolle, l'apiol cristallisé, sous forme de longues aiguilles prismatiques, transparentes. Il est insoluble dans l'eau et la glycérine, mais soluble dans l'alcool et l'éther. Cet apiol jouit des mêmes propriétés que l'apiol liquide. Mais son point de fusion (31 degrés) en rend l'emploi des plus difficiles ; et des expériences concluantes n'ont pu jusqu'ici établir sa valeur thérapeutique.

Au point de vue physiologique, on peut dire tout d'abord que l'apiol est d'une innocuité absolue, même dans le cas de grossesse commençante. A la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, il détermine une légère excitation cérébrale, rappelant celle produite par le café, un sentiment de force et de bien-être avec chaleur gastrique passagère, mais ne détermine ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.

Ce n'est qu'à la dose de 2 à 4 grammes, qu'il provoque une véritable ivresse avec bluettes, étourdissements, céphalalgie, accidents qui disparaissent en quelques heures, ainsi que cela est arrivé à une jeune fille observée par Marotte, qui, par imprudence, avait pris, très rapidement, neuf capsules de ce médicament.

En ce qui concerne l'action thérapeutique de l'apiol, on peut dire, d'une façon générale, qu'il a sur le muscle utérin une action élective, analogue à l'action de la digitale

sur le muscle cardiaque: il régularise la menstruation. Donc, il sera employé avec succès lorsque cette dernière fonction sera troublée, qu'il s'agisse d'aménorrhée (absence ou retard dans les règles), de dysménorrhée (règles douloureuses) ou même de véritables métrorrhagies, toutes les fois que ces troubles seront idiopathiques, c'est-à-dire indépendants d'une lésion organique comme l'hymen imperforé, l'inflammation aiguë ou chronique de l'utérus, le cancer, les maladies du cœur, etc. Il va sans dire, en effet, que, dans ces derniers cas, le médecin devra s'attacher à guérir la maladie organique avant de songer à employer un médicament contre le symptôme de la maladie.

Ajoutons que les troubles de la menstruation étant une des principales causes de la stérilité, l'apiol, en faisant disparaître ces mêmes troubles, pourra, dans quelques cas, et d'une façon indirecte, permettre une grossesse jusqu'alors considérée comme impossible.

Pour que l'apiol produise tout l'effet qu'il est susceptible de produire, il importe de l'administrer au moment le plus rapproché des règles, c'est-à-dire lorsque les femmes commencent à ressentir des douleurs de reins, de la pesanteur du bas-ventre, un léger mal de tête, de l'agacement nerveux. A ce moment, on administrera une capsule d'apiol Joret et Homolle, le matin, une autre le soir, dans une cuillerée d'eau sucrée, et l'on continuera ainsi pendant quatre à cinq jours, durée ordinaire des règles. On devra reprendre l'usage du médicament le mois suivant, mais rarement on aura besoin d'y recourir le troisième mois.

Un point important dans l'administration de l'apiol est qu'il soit pur et inaltéré. Or, comme la préparation de l'apiol est difficile. délicate, cette pureté indispensable ne se rencontre pas toujours dans les produits que l'on trouve dans le commerce, la plupart d'origine étrangère.

Ces produits, en effet, renferment souvent les matières les plus étranges et les plus inattendues.

L'apiol Joret et Homolle, préparé en grand avec le soin le plus scrupuleux, et administré sous forme de capsules contenant 20 centigrammes d'apiol, offre toutes les garanties désirables : il est d'une pureté absolue, d'une fixité remarquable, et enfin d'une densité constante, comme tous les produits titrés (*Gazette des hôpitaux*).

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie (Tome IV). (*Maladies des yeux, des oreilles et du nez*); par Duplay, Delens et G. Marchant. — Masson, éditeur, 1891.

Le Traité de Chirurgie marche à grands pas, malgré les prédictions pessimistes de quelques journalistes. Il ne faudrait pourtant pas que l'on perdît en puissance ce que l'on gagne en vitesse! Mais nous n'en sommes pas là.

Nous n'apprécierons pas longuement ce 4e volume, qui sort en grande partie de notre compétence, et nous nous bornerons à une brève analyse. C'est M. Delens, chef du service ophtalmologique à l'hôpital Lariboisière, qui a écrit les maladies des yeux. La description des maladies des oreilles est due à M. le Pr Duplay, qui, on le sait, s'occupe avec prédilection, à la Faculté de Médecine, de cette spécialité. Enfin les maladies du nez, des fosses nasales, etc., ont été rédigées par M. Gérard-Marchant.

Un mot seulement sur les points qui ressortissent plus spécialement de la chirurgie classique, de celle qu'il suffit de connaître à fond pour être, à Paris, classé comme chirurgien. Le chapitre des affections de l'orbite n'a pas beaucoup varié et nous n'avons pas été très étonné de voir que l'exophtalmie pulsatile était toujours décrite à l'ancienne mode; nous l'avions prévu en analysant le 3e volume. Cela d'ailleurs était facile à soupçonner en parcourant l'article sur les anévrysmes artério-veineux du canal carotidien. D'un autre côté, la question des angiomes de l'orbite ne paraît pas avoir été mise tout à fait au point, si l'on s'en rapporte du moins à la dernière communication de M. Panas au Congrès de Chirurgie.

Dans la dernière partie, par contre, certains points sont à signaler, en particulier les fibromes nasopharyngiens, les maladies des sinus étudiées avec soin, de même que les tumeurs adénoïdes du pharynx, l'ulcère perforant de la cloison nasale, la tuberculose de la muqueuse du nez, etc. Il y a cependant quelques paragraphes qui étonneront à la lecture. Comme exemple, nous citerons seulement, à ce propos, celui qui traite de l'étiologie du coryza aigu: le mot *microorganisme* n'y est pas prononcé une seule fois!

A propos de ce volume, une question intéressante se pose. Aurait-on pu, sans inconvénients, retrancher du Traité de Chirurgie les maladies des yeux et des oreilles? Nous n'hésitons pas à dire: Oui, car nous sommes, sur ce sujet, de l'avis des nosographes allemands (1). Ces deux parties constituent désormais des domaines bien à part, et c'est trop demander à un chirurgien que de l'obliger à connaître *à fond* les lésions de l'oreille interne ou du fond de l'œil. D'ailleurs, en pratique, l'étudiant désireux de s'instruire s'adresse toujours, pour ces maladies, aux traités spéciaux plutôt qu'à des manuels, d'une obscurité ou d'un laconisme parfois incroyable. Et l'on aura beau faire, jamais, dans une publication semblable à celle-ci, on ne pourra donner à certains chapitres, aux troubles de réfraction par exemple, une étendue suffisante pour que leur description puisse être utilisée avec un réel profit par l'élève studieux. Il y a longtemps que nous avons signalé les avantages qu'il y aurait à ne plus faire rentrer désormais dans les Traités de Pathologie externe, à l'exemple de Kœnig, etc., l'étude des affections de l'oreille et des yeux; mais il est probable que de longtemps encore on suivra chez nous les anciens errements. Les directeurs de l'important Traité dont nous signalons aujourd'hui le 4e volume n'ont pas cru devoir innover et restreindre ainsi le domaine de la chirurgie. Nous souhaitons vivement que le public médical trouve qu'ils ont bien fait et achète ce volume comme les précédents. Mais, ce dont nous sommes presque certain, c'est que les spécialistes (ophtalmologistes, auristes) ne le consulteront que bien rarement. Marcel Baudouin.

Affections congénitales (Tête et cou); par le Pr Lannelongue et le Dr V. Ménard. — Asselin et Houzeau, Paris, 1891.

M. le Pr Lannelongue mène de front deux grandes entreprises nosographiques et, chaque année, il ajoute un gros moellon, solide, bien taillé, à facettes régulières, élégantes, à l'édifice qu'il construit d'une main fort assurée.

Ayant à sa disposition un matériel considérable, certain moyen d'action à nul autre pareil, M. Lannelongue sait en faire profiter la Science. Nous ne pouvons, en semblable occurrence, ménager les éloges. On ne saurait, en effet, nier qu'il n'ait apporté une réelle lumière sur les deux ordres d'affections qui sont le sujet de ses recherches favorites: d'une part, la tuberculose chirurgicale infantile; d'autre part, les affections congénitales.

Aujourd'hui, il publie un volumineux traité des *malformations de la tête et du cou*, en collaboration avec M. le Dr Ménard. C'est sans doute le premier volume d'une série, dont le *Traité des kystes congénitaux* n'a été que la préface. Cet ouvrage est divisé en trois parties: la première contient l'histoire des affections dues à la persistance des *fentes* embryonnaires de la tête et du cou. On y trouvera décrites les fissures, fistules et kystes dermoïdes et mucoïdes, qui sont la conséquence des troubles survenus dans l'évolution de ces fentes; la seconde est réservée aux troubles portant sur les bourgeons de la face et les arcs branchiaux du cou. C'est peut-être la partie la plus intéressante, au moins pour le biologiste. En tous cas, là est traitée la fameuse question de l'origine des intermaxillaires, sur laquelle nous reviendrons certainement un jour, car, dans les études faites jusqu'à présent sur ce sujet, on n'a pas tenu compte, à notre avis, de toutes les données fournies par l'anatomie comparée et la tératologie. Nous devons reconnaître toutefois que le beau mémoire de M. Lannelongue (2) a éclairci récemment plus d'un point de la ques-

(1) Toutefois les maladies de l'orbite rentrent très nettement dans les affections de la face, de même que celles de l'apophyse mastoïde doivent faire partie des maladies du crâne.

(2) *Arch. de méd. exp.*, 1er juillet 1890.

tion. Là aussi on trouvera l'histoire de la cyclopie et de l'otocéphalie. C'est la première fois que la tératologie fait son apparition dans le livre d'un chirurgien de profession ; nous devons louer sans réserve M. Lannelongue d'avoir rompu avec les préjugés, la routine et d'avoir osé dire à des praticiens qu'ils doivent absolument connaître toutes les affections congénitales sans exception. N'est-il pas humiliant pour notre profession, en effet, de voir des médecins instruits rester bouche bée, à la sortie du vagin d'un otocéphale plus ou moins déformé par son passage dans ce canal trop étroit ! La plupart, en effet, ignorent absolument à quoi ils ont affaire. Quoiqu'il s'agisse là de malformations, il faut qu'ils les connaissent bien, ne serait-ce que pour les reconnaître et... faire tous leurs efforts pour les adresser — après leur mort qui ne tarde guère — aux savants qui se passionnent pour l'étude de ces « Curiosités de la Nature ». Enfin, la troisième partie est un exposé succinct, peut-être moins curieux et moins original, mais fort instructif, des tumeurs congénitales de la tête et du cou.

Un grand nombre de figures sont distribuées çà et là dans le texte, au style forcément cahoteux et sévère ; elles en facilitent la compréhension. Cinq planches en lithographie complètent ce volume, que tout médecin, qui se tient au courant de la Science, doit placer sur les rayons de sa bibliothèque (1).

Marcel BAUDOUIN.

Manuel de Chimie clinique; par le Dr BOURGET, professeur à la Faculté de Médecine de Lausanne. 1 vol. 150 pages. — Rueff et Cie, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce manuel traite de l'analyse de l'*urine*, des *Calculs, Concrétions* et *Sédiments*, des *Transsudats* et *Exsudats* liquides, des *Liquides kystiques* et du *Suc gastrique*. C'est tout simplement, ainsi que le dit l'auteur, un recueil des procédés employés dans son laboratoire pour les recherches cliniques; il ne faut donc pas y rechercher des procédés nouveaux; ils sont tous empruntés, ainsi que le plan du manuel, aux divers ouvrages publiés antérieurement sur le même sujet. Les procédés décrits sont choisis parmi les plus simples; mais pas toujours, quoi qu'en dise l'auteur, parmi les plus exacts, et certaines moyennes d'élimination sont indiquées dans des limites un peu trop vastes, par exemple celle de l'urée qui, chez l'adulte en bonne santé, oscille entre 25 et 40 grammes en 24 heures, celle de la créatine qui varie de 0,50 à 1 gr. et 2 gr. 50 dans le même temps.

Quelques pages seulement sont consacrées à l'analyse des liquides kystiques. Les renseignements relatifs à l'analyse du suc gastrique sont plus complets ; nous devons cependant regretter que l'auteur n'ait pas jugé utile de prendre en considération les derniers travaux de MM. le professeur Hayem et Winter sur cet intéressant sujet. P. YVON.

Un cas unique d'exostoses multiples; par le Dr J. LEIDY. (Ext. de l'*University medical magazine*, janvier 1889).

L'observation porte sur une jeune fille de 25 ans, qui portait à la surface de la plupart des os de son squelette des exostoses volumineuses, survenues sans phénomènes douloureux. L'auteur les classe sous le terme d'exostoses juxta-épiphysaires. Ce semble être des exostoses de croissance, la malade ne présentant aucune tare héréditaire ou acquise. Nous renvoyons sur ce sujet nos lecteurs à une note publiée à la page 427 du Tome XII (2e série) du *Progrès médical* et Tome XI, 1883, p. 607 (2). A. R.

A. Case of petrolein ether (benzine) **poisoning**; par J. LEIDY. (Ext. de la *Therap. Gazette*, juillet 1888).

Le malade, après l'injection d'une forte dose de benzine, tomba dans le coma; le pouls devient vibrant, la respiration faible, avec cyanose, refroidissement, dilatation de la pupille, paralysie des extrémités inférieures, incontinence des urines et des matières fécales. La respiration artificielle fut employée, la connaissance revint au bout d'une heure et demie; le malade guérit. A. R.

(1) C'est là un livre de fond que les éditeurs auraient dû présenter sous une forme un peu plus artistique ; quelques pages sont d'un mauvais tirage. Les bibliophiles auraient été charmés de trouver là un beau volume, en même temps qu'un ouvrage de grande valeur et d'une haute portée scientifique.

(2) Voir aussi Comptes rendus de Bicêtre pour 1882, p. 110 et 149.

CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Séance du Jeudi 19 mars 1891.

Discussion du Projet de Loi relatif à l'Exercice de la Médecine (*Fin*) (1).

M. LE RAPPORTEUR. — Messieurs, ne croyez pas que cette question soulevée par M. Grousset ne se soit pas présentée à la commission; je dois même rappeler à la Chambre que notre honorable collègue l'a peut-être trouvée dans la proposition que j'ai eu l'honneur de présenter, il y a de longues années. Si je me suis décidé à ne pas la reproduire, c'est qu'une telle question trouvera mieux sa place dans le chapitre affecté à l'expertise dans la proposition de loi portant revision du code d'instruction criminelle. J'ajoute qu'à l'heure actuelle le médecin requis par le ministère public, par le juge d'instruction, ne peut se récuser s'il y a flagrant délit. L'article 475 du code pénal, paragraphe 12, dit que tout individu est obligé de prêter son assistance quand il s'agit d'incendie, de naufrage, d'accident ou en cas de flagrant délit, etc. La jurisprudence a jugé que le médecin qui se refuserait à assister la justice en cas de flagrant délit serait passible de l'application de cet article. Voilà la législation actuelle. Aujourd'hui, vous venez nous proposer, sans que cette question ait été étudiée sérieusement, alors que les jurisconsultes sont loin de s'entendre sur la définition du flagrant délit, de trancher toutes les difficultés et d'improviser une description qui peut être qualifiée de redoutable ! J'ai rappelé, lors de la discussion de la loi relative à la revision du code d'instruction criminelle, des faits vraiment déplorables dus à l'inexpérience en matière d'expertise médico-légale. Je pourrais les rappeler si je ne tenais à ne pas abuser de votre attention. Certes, les médecins n'ont jamais méconnu leur devoir étroit d'aider la justice dans la recherche de la vérité, et je prie mon honorable collègue de suivre les explications que je donne. Des erreurs graves sont souvent commises par des médecins agissant sur les réquisitions du procureur de la République ou du juge d'instruction, et qui auraient mieux fait de se récuser que d'accepter de faire une expertise alors qu'ils avaient le sentiment de leur insuffisance. Ces erreurs sont rares, je veux bien le croire, mais elles le seraient moins si le droit de se récuser venait à être retiré à ceux qui n'osent prendre une responsabilité qui dépasse leur compétence.

Il n'arrive pas toujours qu'une contre-expertise soit ordonnée. Le magistrat instructeur spécial se contente quelquefois du rapport du médecin expert et s'appuie sur ses conclusions pour poursuivre peut-être un innocent. M. le professeur Brouardel pourrait vous dire combien souvent il a vu le procureur de la République ne pas poursuivre, alors que sur le rapport d'un premier expert il croyait se trouver sur la trace d'un crime et en face d'un criminel. Messieurs, les erreurs judiciaires sont nombreuses; je vous conjure de ne rien faire qui puisse en augmenter le chiffre. Je ne m'aventure pas en disant que le médecin y est pour quelque chose; peut-être même y est-il pour beaucoup. (*Mouvements divers.*)

Sur divers bancs. — C'est vrai !

M. LE RAPPORTEUR. — Et dans ces conditions, alors que M. le doyen de l'Ecole de médecine de Paris, le médecin légiste le plus autorisé, affirme que l'instruction en matière de médecine légale est suffisante...

M. Armand DESPRÉS. — Je demande la parole.

M. LE RAPPORTEUR. — ... Vous voulez rendre le service d'expertise médicale obligatoire, vous voulez que le médecin soit toujours forcé d'obéir à la réquisition ? Il s'y refuse très rarement, mais encore faut-il à l'heure actuelle s'en tenir aux conditions dans lesquelles le droit de réquisition est absolu. C'est l'article du code pénal que je rappelais tout à l'heure qui règle le droit du magistrat et le devoir du médecin. J'ajoute que si le médecin se récuse, c'est de sa part un acte d'humilité et d'honnêteté qui est le propre d'une conscience sévère. Il y a la crainte louable d'induire la justice en erreur et d'attirer sur des innocents des condamnations à jamais regrettables. (*Marque d'approbations sur divers bancs.*)

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Armand Després.

M. Armand DESPRÉS. — La Chambre voudra bien reconnaître que je me suis tenu à l'écart depuis le commencement de cette discussion. Je rends hommage au zèle et aux bonnes intentions de la commission ; mais je ne partage pas du tout son avis, et, comme j'aurais été obligé de la combattre depuis le premier article de son projet jusqu'au dernier, j'ai préféré ne rien dire. (*On rit.*) Mais ici la question se pose sur un tout autre terrain. Ce n'est plus le médecin qui parle, c'est le député, c'est le législateur. Eh bien! je trouve que les médecins qui demandent à être seuls à exercer la médecine lorsqu'ils ont le diplôme de docteur, devraient se rappeler qu'ils passent des examens de médecine légale, et qu'ils ont à leur disposition des livres de médecine légale très bien faits aux-

(1) Voir les nos 12, p. 239, 13, p. 263 et 16, 1891.

quels ils peuvent recourir chaque fois qu'ils sont requis par les magistrats pour des causes difficiles. Il y a trois cas dans lesquels le médecin expert peut être embarrassé : l'avortement, l'empoisonnement, et certains coups ou blessures, comme la strangulation.

Un membre à gauche. — Sans compter les autres cas!

M. Armand Desprès. — Je n'ose pas vous dire que vous avez raison! (*On rit.*) Donc, dans ces cas-là il y a des difficultés immédiates. Mais qu'est-ce qu'on demande au médecin? On lui demande simplement, s'il sagit d'un empoisonnement, un certificat ou un court rapport indiquant si les symptômes qu'a éprouvés le malade avant de mourir sont ceux d'une maladie connue ou non. Eh bien, je dis que tout docteur en médecine est capable de faire cette déclaration, et que s'il se refuse à témoigner, il ne peut invoquer aucun prétexte : car il n'est pas digne d'un médecin expert de prétendre qu'il n'est pas assez payé en recevant 6 fr. pour l'expertise.

M. Dellestable. — Ce n'est pas la question!

M. Armand Desprès. — Je vous demande pardon. Elle a été posée, sans cela je ne serais pas à la tribune.

M. Dellestable. — Le médecin commence par se rendre chez son client; ensuite il s'occupe des honoraires; mais il ne se fait pas payer d'avance comme les avocats, qui ont l'habitude de se faire remettre une provision. (*Exclamations sur divers bancs.*)

M. Lascombes. — Les avocats n'ont jamais refusé leur ministère aux indigents qui ne pouvaient pas les payer.

M. le président. — Est-ce que nous allons passer en revue toutes les professions? Quel est donc cet esprit de particularisme qui semble s'emparer de vous, messieurs? Vous êtes ici pour légiférer dans l'intérêt de tous, et non pour faire successivement la critique de chaque profession. (*Très bien! très bien!*) Peu importe qu'ils soient payés avant ou après, pourvu qu'ils le soient! (*Rires d'assentiment.*)

M. Armand Desprès. — Je disais, messieurs, que les réclamations des médecins qui seraient fondées sur la modicité des honoraires qui leur sont alloués pour les expertises ne doivent pas entrer en ligne de compte dans votre jugement. Il se trouvera toujours un grand nombre de médecins prêts à remplir leurs devoirs, et j'en connais personnellement qui n'ont jamais réclamé leur indemnité. (*Très bien! très bien!*)

M. Bourgeois (Vendée). — Je demande la parole. (*Exclamations*).

M. Armand Desprès. — Pour bien juger ce que disait tout à l'heure M. le commissaire du Gouvernement et ce qu'a appuyé l'honorable rapporteur, notre collègue M. Chevandier, je rappellerai qu'il n'est pas nécessaire d'être le premier homme en médecine légale pour ne pas se tromper, et qu'il suffit dans presque tous les cas d'avoir une instruction suffisante; je rappellerai, pour tous les membres de cette Assemblée qui ont entendu parler du procès de Mme Lafargue, la dispute homérique qui s'est élevée entre le docteur Orfila, professeur de médecine légale, doyen de la Faculté de médecine, et Raspail, chimiste distingué de l'Ecole de pharmacie; ces deux illustres savants n'ont pu s'entendre, ils se sont aigrement disputés avec des arguments bons et mauvais, et si la justice n'avait eu, pour se décider, que leurs arguments, elle serait encore à rendre son jugement dans un procès célèbre. (*Rires*). En matière de sciences médicales, toutes choses ne sont pas toujours facilement explicables, et quand il se présente un cas compliqué d'empoisonnement, par exemple, ou quand on se trouve en face de certaines difficultés, on a recours à toutes les lumières de la Faculté de médecine, de l'Ecole de pharmacie et du Collège de France. Mais, pour les cas simples où il ne peut y avoir que de faibles doutes, le moindre médecin de campagne — docteur en médecine, puisque vous avez supprimé les officiers de santé — est capable de les reconnaître; il est également parfaitement capable de préciser la nature des coups et blessures et de renseigner la justice à cet égard, et il peut, au besoin, consulter ses livres avant de rédiger son rapport. Dès lors, je vous prie, pour l'honneur du corps médical et aussi pour l'honneur de la Chambre, d'accepter l'amendement de M. Grousset. (*Très bien! et applaudissements.*)

M. le président. — La parole est à M. Bourgeois.

M. Bourgeois (Vendée). — Messieurs, il est d'usage qu'un simple député ait toujours le droit de répondre à un ministre; un simple médecin doit avoir le droit de répondre à son maître. (*Sourires approbatifs.*) Je m'élève avec une véritable indignation contre l'accusation qu'on a paru lancer tout à l'heure contre les médecins. Je suis même fort étonné qu'on ait mis en avant une pareille insinuation. Il ne faut pas croire que c'est parce qu'il se trouverait insuffisamment rémunéré par la misérable somme de 6 fr. qui lui est allouée pour une expertise, qu'un médecin refuserait de remplir son rôle de médecin légiste. Le corps médical tout entier protesterait avec moi, et Dieu merci! il a fait assez souvent ses preuves pour qu'on lui épargne les critiques. (*Très bien! très bien!*) Je le répète, je repousse absolument cette accusation. Il n'y a pas un médecin, à commencer par moi, je le dis hautement, qui dans toute sa vie n'ait donné les preuves d'une grande modération pour le payement de ses honoraires, et qui ait jamais pressuré ses malades. Je parle surtout du modeste praticien des campagnes. La médecine gratuite, les soins désintéressés donnés à ses clients, c'est encore pour nous, médecins, la plus sûre récompense, et je dois le dire, nous ne trouvons pas toujours des ingrats! (*Très bien!*) J'arrive aux observations qu'a présentées M. Desprès, notre honorable collègue et confrère; il me permettra de lui répondre. En terminant, il nous a cité l'exemple d'Orfila et de Raspail qui n'étaient pas les premiers venus, j'imagine, comme médecins légistes, et qui se sont trouvés absolument en désaccord dans une affaire célèbre d'empoisonnement. Il nous a dit que finalement ces deux grands médecins, ces deux grands savants, n'avaient pu s'entendre. Je demande à l'honorable M. Desprès si deux simples médecins habitant la campagne, deux ruraux, allais-je dire, s'entendraient mieux dans un cas analogue, et s'ils pourraient éclairer suffisamment la justice. (*Aux voix! aux voix!*) Messieurs, j'ai encore une observation à faire, c'est la dernière; je ne suis pas long, comme vous voyez, et je vous ferai observer que vous avez déclaré l'urgence sur la loi en discussion. Par conséquent, il convient que je puisse m'expliquer librement. Deux mots me suffiront. L'honorable M. Desprès nous a dit: « Tous les médecins, quand ils étaient étudiants en médecine, ont passé des examens de médecine légale. Donc ils sont aptes à faire des experts et à remplir le rôle que la justice leur donnera. » Eh bien, qu'il me permette de lui répondre que tous les médecins, lorsqu'ils étaient étudiants, ont passé aussi des examens de médecine opératoire, et cependant s'il s'agit de faire couper un bras ou une jambe, de procéder à une grande et délicate opération, on préférera, et avec raison, toutes les fois qu'on en aura les moyens, faire demander l'honorable M. Desprès. (*Murmures approbatifs.*) Que pouvez-vous faire de mieux pour ménager les susceptibilités et la modestie, qui, après tout, n'est pas un crime? Il vaut mieux, dans certaines circonstances, se récuser que d'obéir à un sentiment de fatuité, au risque d'égarer la justice et de tuer le malade.

M. Muller. — Le parquet aura le choix.

M. Bourgeois (Vendée). — Et puis, le médecin se dérobe-t-il quand il s'agit de flagrant délit? Non. Mais n'avez-vous pas près des parquets, attachés aux parquets, des médecins légistes enchantés de jouer ce rôle? Il est question de créer un corps de médecins légistes experts qui seront chargés de se rendre sur les différents points du territoire.

Vous n'avez bien qu'un seul bourreau qui va par toute la France : il est aussi naturel que, pour les cas difficiles, délicats, vous puissiez aussi avoir un personnel de spécialistes de cent, deux cents médecins légistes chargés plus spécialement de la médecine légale. Laissez le modeste praticien à ses malades; ne lui imposez pas un rôle, un devoir gênant au détriment de sa clientèle et sans réel profit pour la justice. (*Très bien! très bien! sur divers bancs.*)

M. le président. — Je mets aux voix la prise en considération de l'amendement de M. Grousset. Il y a une demande de scrutin signée de MM. Rozet, Bertrand, Jacques, Francis Charmes, Claussel de Coussergues, Royer, de Mahy, Armez, du Périer de Larsan, Léon Say, Loreau, Legludic, Noel-Parfait, Gaussorgues, Denizot, Papelier, Viox, etc. Le scrutin est ouvert. (Les votes sont recueillis. — MM. les secrétaires en font le dépouillement.)

M. le président. — Voici le résultat du dépouillement du scrutin :

Nombre des votants	493
Majorité absolue	247
Pour l'adoption	423
Contre	70

La Chambre des députés a adopté. En conséquence, l'amendement est pris en considération et renvoyé à la commission. Je pense qu'en présence de cette majorité, la commission l'accepte? (*On rit.*)

M. le rapporteur. — La commission et le Gouvernement acceptent l'amendement.

M. Ducoudray. — Il faudra une sanction!

M. le président. — Je mets aux voix, au fond, l'amendement qui est accepté par la commission et le Gouvernement. (L'amendement, mis aux voix, est adopté.)

M. le président. — L'article nouveau prendra le numéro 30.

« Art. 31. — L'article 463 du code pénal n'est pas applicable. »

M. David (Alpes-Maritimes). — La commission substitue à cette rédaction l'article 31 du projet du Gouvernement.

M. le président. — L'article 31 serait alors ainsi rédigé : « L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente

loi. » Il y aura lieu, après le vote du projet, de reviser le numérotage des articles et d'y ajouter l'article nouveau de M. Grousset. M. Vilfeu avait déposé un amendement qui devient alors inutile.

M. VILFEU. — Parfaitement M. le Président; la rédaction du Gouvernement me donne satisfaction.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'article 31. (L'article 31 est adopté.)

« Art. 32 (ancien 30). — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs. » — (Adopté.)

« Art. 33 (ancien 31). — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'article 2101 du code civil, le dernier paragraphe de l'article 2272 du même code en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi. » — (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Le Gouvernement demande le rétablissement de l'article 32 de son projet que la commission avait supprimé, il porterait le numéro 34. Il serait ainsi conçu :

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcés accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé, ou sage-femme, qui est condamné : « 1° A une peine effective ou infamante ; 2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroqueries, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du code pénal ; 3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi. En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques. »

M. DELLESTABLE. — La commission accepte le rétablissement de cet article.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement*. — Je demande à dire quelques mots.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous avez la parole.

M. BROUARDEL, *commissaire du Gouvernement*. — Voici la situation que je désire signaler à la Chambre. Il est arrivé parfois — très rarement — que des médecins ont commis un crime dans l'exercice de leur profession : avortement, viol, etc. Nous ne pouvons pas admettre qu'un individu qui a ainsi manifesté son indignité, alors même qu'il l'aurait expiée par trois, quatre ou cinq ans de prison, vienne par exemple, après avoir été condamné pour avortement, afficher sur sa porte : « X... soigne les femmes enceintes. » Il y a là une question de moralité. La commission et le Gouvernement estiment que quand un homme a ainsi trahi la confiance d'une famille, il est indigne d'être protégé. (*Très bien ! très bien !*) Nous demandons le rétablissement de cet article qui vise les crimes professionnels.

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'article.

(L'article 34, (nouveau) est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Maintenez-vous aussi l'article suivant concernant la pénalité?

M. LE COMMISSAIRE DU GOUVERNEMENT. — Oui, monsieur le président.

M. LE PRÉSIDENT. « Art. 35. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi. »

(L'article 35, mis aux voix, est adopté.)

M. LE PRÉSIDENT. — Il reste à statuer sur l'article 21, qui a été réservé par suite du renvoi à la commission de l'amendement de M. Le Cerf.

M. LANGLET. — Je demande la parole au nom de la commission.

M. LE PRÉSIDENT. — La parole est à M. Langlet au nom de la commission.

M. LANGLET. — Je crois que l'accord est fait sur l'article 21. Notre honorable collègue demandait qu'on supprimât les mots « conseils habituels » et « manœuvres opératoires ». La commission accepte qu'on supprime les mots « conseils habituels », mais elle maintient énergiquement les mots « manœuvres opératoires » dans le texte du projet de loi.

M. LE CERF. — Après les déclarations qui viennent d'être faites au nom de la commission, je retire mon amendement, sous le bénéfice toutefois des observations qui ont été échangées, et qui indiquent que nous sommes d'accord, la commission et moi, pour que les mots « manœuvres opératoires » n'aient pas un sens par trop large. (*Très bien ! très bien !*)

M. LE PRÉSIDENT. — Le premier paragraphe de l'article 21 serait alors ainsi rédigé : « 1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareil. » Le paragraphe 1er, mis aux voix, est adopté. — (Les autres paragraphes et l'ensemble de l'article 21 sont ensuite mis aux voix et adoptés.)

M. LE PRÉSIDENT. — Il y a une disposition additionnelle de M. Isambard. (*Exclamations.*)

M. LE RAPPORTEUR. — Elle est retirée !

M. LE PRÉSIDENT. — Alors je mets aux voix l'ensemble du projet de loi. (L'ensemble du projet de loi est mis aux voix et adopté.)

VARIA

Les Femmes pharmaciennes.

Nous lisons dans l'*Echo de Paris*, qui a consacré déjà deux articles à cette intéressante question des femmes pharmaciennes :

Il arrive dans les villes de province et surtout dans les hôpitaux qu'on n'a pas de pharmacien pour préparer les médicaments. Ce soin est confié le plus souvent à des sœurs *généralement ignorantes et par conséquent dangereuses*, car malgré toute leur bonne volonté, toute leur attention, elles ne connaissent pas assez la nature et les divers caractères des substances pharmaceutiques pour qu'un accident ne soit pas toujours possible dans leurs mains. Ne vaut-il pas mieux remplacer ces pharmaciennes bénévoles, mais *ignorantes*, par des femmes instruites et ayant appris le métier ? Certes tout le monde y gagnera. L'insuffisance du nombre des pharmaciens dans les campagnes et les petites villes est indiscutable ; un grand nombre de cantons sont dépourvus d'officine et la *pharmacie y est aux mains des congrégations*. Cet état s'explique par ce fait que l'exercice de la pharmacie ne donnerait pas dans ces parages de bénéfices suffisants pour le pharmacien, dont les besoins sont plus nombreux et plus dispendieux que ceux de la pharmacienne, qui peut davantage se suffire seule. Aussi faut-il espérer que nous verrons bientôt s'accomplir ce progrès si désirable : à savoir que des femmes instruites puissent trouver, dans l'exercice d'une profession facile à apprendre, une situation honorable et suffisamment rémunératrice.

Association des Médecins de la Seine.

La 58e Assemblée générale annuelle des Médecins de la Seine a eu lieu dimanche dernier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Pr Brouardel. Au début de la séance, M. BROUARDEL a commencé ainsi le discours d'usage :

« Messieurs, au moment où se créent partout des associations et des syndicats, il est incontestable que la collectivité est seule capable de triompher des obstacles qui surgissent dans la vie des médecins. Nous sommes les héritiers de ceux qui ont compris la force de cette solidarité et, grâce à eux,

... Les fruits ont passé les promesses des fleurs !

Il y a cinq ans, l'Association possédait un million qu'elle a mis 53 ans à acquérir ; elle ne mettra pas 20 ans à acquérir le second.

Nous ne croirons pas alors notre devoir rempli, car nous pourrons faire plus encore ; nos subventions seront toujours au-dessous de ce que nous ambitionnons pour faire la charité. Ne nous reposons donc pas dans la contemplation de ce qui est le passé, de ce qui est le présent et de ce qui aura lieu dans l'avenir ; secouons les imprévoyants et donnons-leur encore les conseils que nous leur donnons depuis si longtemps. »

M. Brouardel a terminé son discours, souvent interrompu par des applaudissements, par l'examen de ce qui se fait, en ce moment, dans le même but, dans des sociétés analogues.

Le secrétaire perpétuel, M. le Dr H. Barth, a donné ensuite lecture du compte-rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 95,851 fr., dont 17,732 fournis par les cotisations, 44,485 par les dons et legs et le reste par le revenu des fonds placés. Nouveaux legs annoncés : Mme Hédouin 40,000 fr., Mme veuve Huguier 5,000 fr., M. Lucien Boyer 1,000 fr.

Avec ces ressources, l'Association a secouru quatre sociétaires, cinquante quatre veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt-huit autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, trois pensions viagères de 1,200 fr. chacune ont été allouées à des sociétaires

âgés et infirmes. Le total des secours distribués s'est élevé à 43,800 fr. Une somme de 49,166 fr. a été versée au fonds de réserve. — A la fin de la séance ont eu lieu les élections du Bureau pour le prochain exercice ; ont été réélus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

L'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris.

Cette question continue à être l'objet des préoccupations de la Presse et des médecins. Nous continuons l'exposé des opinions formulées par les journaux.

« Pourquoi, dit la *Gazette méd.* du 21 mars dernier, la Société médicale, au lieu de rechercher le patronage, soit de la Faculté, soit du Conseil municipal, n'a-t-elle pas conservé son indépendance et n'a-t-elle pas créé, nous ne dirons pas une Ecole dans l'acception du mot, mais un enseignement collectif libre, autonome, auquel elle aurait convié tous ses membres, et dont elle aurait chargé une Commission, prise dans son sein, de tracer le programme et de préparer l'organisation ? Il ne s'agissait, après tout, que d'encourager le bon vouloir des uns, de susciter celui des autres, de relier des éléments épars, de rendre féconds, en les unissant, des efforts isolés. Nous avons vu, il y a quelques années, sous l'action de l'initiative privée, se fonder une Ecole aujourd'hui florissante : l'Ecole d'Anthropologie. Ici, tout était à créer, personnel et matériel ; l'objet même de l'enseignement était encore assez mal défini ; on n'avait pas le premier sou. Trois ou quatre apôtres de la science nouvelle se réunissant, groupent autour d'eux quelques amis, les souscriptions, les dons, les subventions arrivent, la matière de l'enseignement se précise et s'étend, les cours se multiplient, les auditeurs affluent, et l'Ecole d'Anthropologie est, en ce moment, l'une des institutions d'enseignement supérieur qui fait le plus d'honneur à la France.

« La Société médicale des Hôpitaux a des ressources autrement puissantes pour créer l'enseignement collectif libre dont nous parlons, enseignement qui compléterait, en réalité, celui de la Faculté, tout en restant indépendant de celle-ci. De même les subventions que cet enseignement pourrait recevoir et recevrait, sans aucun doute, du Conseil municipal, n'impliqueraient en rien la subordination du nouveau corps enseignant, à l'égard du Conseil, pas plus que ce n'est arrivé pour l'Ecole d'Anthropologie, que le Conseil municipal subventionne depuis nombre d'années. Etranger à l'organisation et au fonctionnement de ces Ecoles, le Conseil municipal, par les subventions qu'il leur accorde, en est simplement le bienfaiteur. »

Tout en faisant quelques réserves sur l'assimilation de l'Ecole d'Anthropologie et de l'Ecole Municipale de Médecine —car les médecins des hôpitaux dépendent d'un *service municipal,* exercent et enseignent dans des établissements municipaux, — nous ne pouvons qu'applaudir à l'appel adressé aux médecins des hôpitaux. Des propositions discutées, deux pourraient être mises immédiatement en pratique : organisation des quelques laboratoires et nomination de chefs de laboratoire ou prosecteurs d'autopsies et *affiches collectives* des cours de cliniques.

Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

Prix Jean Dubreuilh : Ce prix, d'une valeur de 400 francs, sera décerné en 1892. Pour se conformer aux intentions du fondateur de ce prix qui a voulu que le sujet à traiter fût un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante : *Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.* — *Prix Faure* : Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante : *Des différents moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid.*— Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *franc de port,* à M. G. Sous, Secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les Membres associés résidents de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle du correspondant. Si ces conditions ne sont par remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Ecole d'Ambulancières et d'Ambulanciers.

La Policlinique de Paris (28, rue Mazarine) a cru devoir annexer à l'enseignement médical proprement dit des cours destinés à toutes les personnes qui désirent, par charité ou par état, s'initier aux soins à donner aux malades. Un diplôme sera délivré après un examen sur les matières enseignées aux personnes assidues aux cours. Les cours seront ouverts à partir du 6 avril.

Anatomie, Mme Bl. Edwards-Pilliet, mercredi à 5 heures ; — *Physiologie,* M. Rodriguez, jeudi à 4 heures ; — *Pansements,* M. Ploquin, lundi à 4 heures ; — *Hygiène,* M. Ledé, vendredi à 4 heures ; — *Soins aux accouchées et nouveau-nés,* vendredi à 4 heures et demie à partir du 15 mai ; — *Pharmacie,* M. Gaudin, mardi à 4 heures ; — *Premiers soins aux blessés,* M. Maréchal, samedi à 4 heures ; — *Histoire hospitalière,* M. A. Rousselet, mercredi à 4 heures à partir du 13 mai seulement. — On s'inscrit à la Policlinique. Les Cours sont publics et gratuits et finiront en juin.

Nous ne pouvons qu'applaudir à l'initiative des médecins de la Policlinique. Plus il y aura de cours de ce genre, d'écoles d'infirmières ou d'ambulancières, mieux les malades seront soignés et plus nous serons en mesure de rivaliser avec les pays où depuis longtemps les médecins, qui occupent les situations les plus élevées, se préoccupent vivement d'avoir des infirmières instruites et capables. B.

Congrès des Aliénistes de langue française.

« M. Gircourt, dit le *Républicain orléanais* du 9 avril, demande au Conseil général qu'une somme de 400 fr. soit allouée au médecin de l'asile d'aliénés pour qu'il puisse se rendre au Congrès des médecins aliénistes, qui se tient cette année à Lyon. Chaque année a lieu un Congrès de ce genre et, chaque année, le médecin en question va y assister ; mais, jusqu'à présent, il y est allé à ses frais. Après observations de divers membres, la proposition de M. Gircourt est renvoyée à la Commission des finances. »

Il est bien à désirer que les Conseils généraux votent une indemnité au moins à l'un des médecins de leurs asiles pour se rendre à ce Congrès. N'est-il pas, en effet, de leur intérêt que les médecins des asiles soient au courant de tous les progrès réalisés au point de vue scientifique et administratif, et cela pour le bien des malades et l'avantage même des finances départementales. C'est dans des cas comme celui-là que pourrait intervenir utilement M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur.

L'Assistance publique en province.

Dans beaucoup d'hôpitaux de province, les *blessés* et les fiévreux, atteints ou non de maladies contagieuses, sont réunis dans les mêmes salles, sans compter les enfants. A l'hôpital de Vesoul, on nous assure que les aliénés, les vénériennes et les femmes en couches sont rassemblés dans la même salle.—Voilà une situation sur laquelle nous appelons l'attention de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 27. — Dissection : MM. Farabeuf, Terrillon, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Ricard, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Déjerine.— 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Pinard, Tillaux, Kirmisson.

Mardi 28. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Schwartz, Poirier. — (2e *Série*) : MM. Farabeuf, Polaillon, Remy. — 4e *de Doctorat :* MM. Peter, Debove, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Guyon, Tarnier, Campenon. — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Humbert, Maygrier. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Legroux, Letulle.

Mercredi 29. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Segond, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Strauss, Reynier. Jalaguier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marie, Gley. — 3e *de Doctorat,* (2e partie) : MM. Fournier, Netter, Letulle.

Jeudi 30. — Dissection: MM. Mathias-Duval, Humbert, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Remy, Gley. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) (2e *Série*) : MM. Guyon, Polaillon, Brun. — (2e partie) : MM. Cornu, Dieulafoy, Hanot.

Vendredi 1er. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Marc Sée, Brissaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Grancher, Déjerine, Chauffard. — 5e *de Doctorat,* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Ricard. — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Netter.

Samedi 2. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Campenon, Poirier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval,

Polaillon, Quenu. — *4e de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Nélaton, Bar. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Legroux, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Cornil, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 30. — M. Morin. Etude sur l'épithélioma primitif de la vésicule biliaire. — Mlle Bernstein-Kohan. Du diabète traumatique.

Enseignement médical libre.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD, le lundi et vendredi, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine.

Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, le mardi et le samedi à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté.

Maladies des yeux. — M. le Dr KOENIG commencera ses conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux*, Amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le samedi 25 avril à 8 heures du soir et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. A la fin de chaque conférence, exercices pratiques d'ophtalmoscopie, présentation de malades.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — MM. les Drs LUBET-BARBON et Alfred MARTIN commenceront un cours particulier pour les maladies du larynx, des oreilles et du nez le mardi 5 mai, à 1 h. 1/2, et le continueront les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. La durée du cours est de deux mois. Pour les renseignements, s'adresser à la clinique, 49, rue des Grands-Augustins, le mardi, jeudi et samedi, de 2 à 4 heures.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire* : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* ont commencé le lundi 6 avril 1891, à quatre heures. — 2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr BOURCY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Cours de Biologie. — Professeur, M. G. POUCHET, à l'hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, y commencera à l'amphithéâtre, à 10 heures, le jeudi 30 avril, des leçons de clinique médicale qu'il continuera à la même heure les jeudis suivants.

Dermatologie. — M. HALLOPEAU reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le dimanche 26 avril, à 10 heures du matin, et les continuera les dimanches suivants à la même heure (Hôpital St-Louis).

Dermatologie (Hôp. St-Louis). — Service de M. Ernest BESNIER : Pendant les mois d'avril, mai, juin. — *Lundi*, à 9 h. 1/4, salle et laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — *Mardi*, 9 h., laboratoire Alibert. Policlinique : Opérations dermatologiques (lupus, acnés, etc.). — *Mercredi*, 9 h., laboratoire Alibert. Policlinique : Maladies du système pilaire, Dermatophyties. — *Vendredi*, 8 h. 1/2. Consultation externe.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMAN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredi et samedis à la même heure.

ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS. — *Nomination des Commissions pour les prix.* — *Prix Martin-Damourette* : MM. Bouchard, Charcot, Brown-Séquard, Mary, Verneuil réunissent la majorité des suffrages. Les membres, qui, après eux, ont obtenu le plus de voix, sont : MM. Chauveau et Ranvier. — *Prix Pourat* (*Fonctions du corps thyroïde*) : MM. Bouchard, Ranvier, Verneuil, Sappey, Brown-Séquard réunissent la majorité de suffrages. Les membres qui, après eux, ont obtenu le plus de voix, sont : MM. Charcot et Chauveau.

SOCIÉTÉ OPHTALMOLOGIQUE D'HEIDELBERG. — *Congrès de* 1891. — Ce Congrès aura lieu à Heidelberg du 13 au 15 septembre 1891.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 avril 1891 au samedi 18 avril 1891, les naissances ont été au nombre de 1285 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 465 ; illégitimes, 167. Total, 632. — *Sexe féminin* : légitimes, 455 ; illégitimes, 198. Total, 653.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 avril 1891 au samedi 18 avril 1891, les décès ont été au nombre de 1172 savoir : 629 hommes et 543 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 3, T. 5. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 22, F. 22, T 44. — Scarlatine : M. 2, F. 5, T. 7. — Coqueluche : M. 5, F. 5, T. 10. — Diphtérie, Croup : M. 21, F. 20, T. 41. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 136, F. 93, T. 229. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 18, T. 35 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 1, T. 1. — Tumeurs malignes : M. 29, F. 23, T. 52. — Méningite simple : M. 15, F. 26. T. 41. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 24, T. 56. — Paralysie : M. 3, F. 4, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 9, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 27, T. 56. — Bronchite aiguë : M. 17, F 17, T. 34. — Bronchite chronique : M. 27, F. 20, T. 47. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 28, T. 44 — Pneumonie : M. 49, F. 32, T. 81. — Gastro-entérite, biberon, M. 19, F. 16, T. 35 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 4, T. 9. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 0, T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. - Débilité congénitale : M. 18, F. 15, T. 33 — Sénilité : M. 18, F. 24, T. 42. — Suicides : M. 18, F. 11, T. 29. — Autres morts violentes : M. 3, F. 5, T. 8. — Autres causes de mort : M. 110, F. 76, T. 186. — Causes restées inconnues : M. 12, F. 5, T. 17.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 45, illégitimes, 12. Total : 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 27, illégitimes, 15. Total : 42.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. LAGUESSE, docteur en médecine, docteur en sciences, est chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. LAMY, aide-préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé aide-préparateur du laboratoire de cliniques à ladite Faculté, en remplacement de M. François, démissionnaire. — M. MARQUANT (Frumence-Pierre-Louis), licencié ès sciences mathématiques, est nommé aide-préparateur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Lamy, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. HÉDON, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, pendant le 2e semestre de l'année scolaire 1890 1891, d'un cours de physiologie à ladite Faculté. — Un congé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lannegrâce, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. REGIMBEAU, agrégé libre près la Faculté de Montpellier, est rappelé à l'exercice du 1er avril au 31 octobre 1891. — M. FORGUE, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours de médecine opératoire à ladite Faculté. — Un arrêté ministériel en date du 22 avril déclare vacante la chaire de médecine opératoire à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Les professeurs et les chargés de cours de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse sont convoqués, le mercredi 6 mai 1891, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique. — M. MAURY, commis auxiliaire de l'inspection académique de l'Ariège, est nommé commis au secrétariat de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE PARIS. — *Décision ministérielle ajoutant une épreuve de législation, d'administration et de service de santé militaires à tous les concours d'agrégation pour le Val-de-Grâce.* — A la date de ce jour, le ministre a décidé que dorénavant les concours pour l'agrégation en médecine ou en chirurgie comprendront une sixième épreuve ainsi déterminée. 6e *épreuve* : Composition écrite sur une question de législation, d'administration et de service de santé militaires. Deux heures sont accordées pour cette épreuve qui n'est pas éliminatoire et à laquelle ne prendront part que les candidats qui auront été déclarés admissibles.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. ROLLAND est maintenu, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, dans les fonctions de

préparateur de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger.

École de médecine et de pharmacie d'Alger. — Un concours pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira le 9 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Association amicale des anciens internes de Saint-Lazare et des prisons de la Seine. — Il vient de se fonder à Paris une société intitulée : Association amicale des anciens internes en médecine de Saint-Lazare et des prisons de la Seine. Elle a constitué ainsi son bureau : Président, M. de Beauvais, médecin en chef de Mazas ; vice-président, M. Passant, médecin en chef du dispensaire de salubrité ; secrétaire général-trésorier, M. Rouillard, chef de clinique de la Faculté ; secrétaire, M. Bories, médecin-adjoint de la prison de Nanterre. Son siège est 30, rue Bonaparte.

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Larrieu est nommé médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Cadillac.

Asphyxie par les poêles mobiles. — *Un nouvel accident.* — Au nº 21 de la rue Condorcet, habitait, avec sa femme et sa fille, M. F...; un soir, la mère et la fille sortirent laissant à la maison M. F... Ce dernier se coucha presque aussitôt, laissant ouverte la porte de sa chambre contiguë à la salle à manger dans laquelle se trouvait un poêle mobile allumé. A leur retour, vers minuit, les deux femmes trouvèrent M. F... ne donnant plus signe de vie. Elles appelèrent immédiatement un médecin, mais celui-ci ne put que constater la mort causée par les émanations d'oxyde de carbone qui s'étaient dégagées du poêle mobile. — *C'est la 5e ou 6e mort que nous enregistrons depuis le commencement de l'hiver*, pour Paris seulement. Qu'on y réfléchisse donc !

Congrès anthropologique allemand. — Le prochain Congrès de la *Société Anthropologique allemande* aura lieu à Dantzig au mois d'août 1891.

Congrès des médecins et chirurgiens américains. — La prochaine réunion de ce Congrès aura lieu à Washington, les 22, 23, 24 et 25 septembre 1891 ; Président, M. Weir Mitchell. Le premier jour seront discutés les *conditions de l'infection des plaies, la désinfection, le rôle des bactéries dans la suppuration, la résistance des tissus à la multiplication des bactéries, les effets des agents antiseptiques.* Le second jour, les *manifestations tardives de la syphilis.* Le troisième jour, les *processus fibroïdes* (inflammation chronique interstitielle, sclérose, pathologie et étiologie ; influence des diathèses et de l'hérédité).

Conséquences de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine en Angleterre. — A propos de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, les médecins anglais se sont émus. Les médecins français et étrangers peuvent bien pratiquer librement la médecine en Angleterre, sous certaines restrictions, s'ils n'ont pas fait enregistrer leur diplôme comme le prescrit la loi de 1886. Mais cette loi serait sans effet à leur égard, si les lois du pays dans lequel ces médecins étrangers ont pris leurs grades n'accordaient pas des avantages réciproques à ceux qu'elle concède aux médecins en Angleterre. Tout va donc dépendre de la situation faite aux médecins étrangers en France.

Distinctions honorifiques. — Une médaille d'honneur en bronze vient d'être accordée à M. Antonio Taclaghiqui, étudiant en médecine de la Faculté de Beyrouth (épidémie cholérique à Tripoli, Syrie, 1890).

Exercice illégal de la pharmacie. — *Sœur de Charité vendant un remède secret ; condamnation.* — Mme Courjon, en religion sœur Marie, poursuivie par le syndicat des pharmaciens de Lyon et du Rhône, comme exerçant illégalement la pharmacie, en vendant un remède d'une sœur de Gannat contre l'anémie, avait été acquittée en première instance par le Tribunal correctionnel de Lyon, mais la Cour d'appel de cette ville, sur appel interjeté par le syndicat, a infirmé la sentence des premiers juges et condamné à l'amende Mme Courjon. (*Lyon méd.*).

Épidémies. — *La fièvre typhoïde à Brest.* — De Brest on nous écrit que la fièvre typhoïde a gagné l'artillerie de marine, bien qu'elle soit sous la tente, en pleine campagne, sur un plateau très aéré. Les troupes de l'armée de terre sont éprouvées à leur tour ; il est probable qu'on va évacuer leurs casernes.

Hôpitaux de Nantes. — *Banquet de l'Internat.* — Le banquet de l'Internat des Hôpitaux de Nantes aura lieu le jeudi 30 avril 1891, à 7 heures du soir. Le montant de la cotisation est fixé à 15 francs. Le banquet sera servi au Restaurant de la Bourse (entrée rue de la Bourse, 2). Les adhésions devront être adressées à M. Sureau, interne à l'Hôtel-Dieu de Nantes, avant le samedi 25 avril.

Hôpitaux de Bourges. — M. le Dr Casanova est nommé médecin de l'Hôpital de Bourges, après concours devant la Faculté de Paris.

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour une place de pharmacien titulaire des hôpitaux de Rouen s'est ouvert à l'hospice général de cette ville, le jeudi 9 avril 1891.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — *Le cachet d'un oculiste du deuxième siècle. — Deux remèdes perdus.* — M. Espérandieu a communiqué la semaine dernière à l'Académie des Incriptions et Belles-Lettres les inscriptions du cachet de Sextus Flavius Basilius, oculiste vivant, suivant l'opinion la plus générale, au deuxième siècle de notre ère. Ce cachet, en stéatite, récemment découvert à Merdrignac (Côtes-du-Nord), mentionne deux médicaments inconnus, l'*amathystinum* et le *trigonum*. On est en droit, dit M. Espérandieu, d'établir quatre hypothèses en ce qui touche le mot *amathystinum* ; ce médicament paraît avoir été nommé ainsi, dit encore cet auteur, 1° ou parce qu'il était fabriqué avec de la poudre d'améthyste, 2° ou parce qu'il était précieux comme l'améthyste, 3° ou parce qu'il était violet, 4° ou bien encore parce qu'il contenait une plante labiée réduite en poudre qui, de nos jours encore, est appelée améthyste. M. Espérandieu ne se prononce pas mais préfère croire que l'amathystinum était un collyre fabriqué avec de l'améthyste. En ce qui touche le deuxième médicament, le trigonum, M. Espérandieu pense que c'était, selon toute apparence, un collyre à base de verveine.

Médecins gouverneurs généraux. — M. le Dr Lanessan, ancien médecin de marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section des sciences naturelles), ancien député de Paris, est nommé gouverneur général de l'Indo-Chine. Il est pourvu des pouvoirs les plus étendus. Nous adressons nos félicitations les plus chaleureuses à celui qui, en raison de ses seuls travaux, s'est imposé comme titulaire d'une fonction aussi importante et aussi difficile à remplir. On se souvient que la Science a déjà été représentée en Asie par notre regretté Paul Bert. Tous nos vœux accompagneront M. de Lanessan.

Médecins sénateurs. — M. le Dr Gadaud, ancien député, républicain, est nommé sénateur de la Dordogne, par 694 voix sur 1.164 votants.

Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de Géologie.* — M. Daubrée, professeur, membre de l'Académie des sciences, commencera ce cours le mardi 28 avril 1891, à quatre heures et quart précises, dans l'Amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et spécialement des phénomènes mécaniques dont la couche terrestre présente les effets, notamment dans la constitution des chaînes de montagnes et dans l'ouverture des cheminées volcaniques. Il décrira aussi les méthodes propres à la reproduction artificielle des minéraux et des roches. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques que des affiches spéciales annonceront successivement.

Policlinique de Paris. — Un second service de maladies des yeux, dirigé par le Dr Tscherning, directeur-adjoint du laboratoire d'ophtalmologie à la Sorbonne, vient d'être ouvert à la Policlinique. Consultations les mardi et samedi à 10 heures du matin et le jeudi à 8 heures du soir.

Service de santé militaire. — *La tuberculose dans l'armée.* — Une circulaire du ministre de la guerre, inspirée par le grand nombre de congés de réforme nécessités par la tuberculose, prescrit de soumettre à une enquête les jeunes gens qui, lors du tirage, se déclareraient faibles de poitrine ou de constitution, d'examiner très attentivement leurs organes respiratoires, de procéder au besoin à une contre-visite qui serait passée à l'hôpital du chef-lieu, ainsi qu'on le fait d'ordinaire pour les bègues, les myopes et les sourds-muets. Les ajournements ainsi prononcés le seraient en toute connaissance de cause, ce que ne permet pas toujours la rapidité habituelle des opérations du conseil.

Société médico-psychologique. — La Société médico-psychologique se réunira, en séance solennelle, le lundi 27 avril, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. *Ordre du jour :* 1° rapport sur le prix Esquirol : M. Arnaud ; 2° rapport sur le prix Belhomme : M. Vallon ; 3° rapport sur le prix Aubanel : M. Collineau ; 4° éloge du Dr Ach. Foville : M. Ritti.

Service de santé militaire. — M. le Dr Catrin, répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire et M. le Dr Radouan, médecin-chef de l'hôpital militaire de Briançon, sont promus médecins-majors de 1re classe. — MM. les Drs Sieur et Nicolas,

surveillants à l'Ecole de santé militaire, sont nommés médecins-majors de 2e classe.

UN MÉDECIN CONDAMNÉ. — *Empoisonnement par imprudence.* — M. le Dr X... a été condamné à cent francs d'amende pour avoir, par imprudence, causé la mort de Mlle Z..., en lui faisant prendre un cachet d'aconitine destiné à soulager un violent mal de dents. — Telle est la note que l'on trouve dans certains journaux; mais il faut rectifier les faits. M. X... ordonna contre des névralgies dentaires : aconitine, 1 milligr., antipyrine, 0,50 centigr. pour deux paquets, sans spécifier s'il s'agissait d'aconitine cristallisée ou non. Le pharmacien pesa 1 centigr. d'aconitine cristallisée, qu'il divisa en 10 paquets. La malade mourut. M. X... a été condamné, *malgré M. Brouardel lui-même.*—La Médecine Légale et la Justice, c'est la lutte classique du pot de fer et du pot de terre.

UN BAPTÊME BAPTISTE. — Une jeune fille de 21 ans, devant recevoir le baptême baptiste, s'était rendue, à cet effet, le 9 mars 1890, à la chapelle. Dans un vestiaire relié au temple par un passage couvert, elle se dépouilla de ses vêtements, le caleçon excepté, et revêtit une chemise de toile blanche. En cet état, elle entra dans le temple et se plongea tout entière dans les fonds remplis d'eau de pluie. Elle y resta à peine une minute. Elle retourna sans soutien au vestiaire, y tomba sans connaissance et expira malgré les soins les plus énergiques. A la suite de l'examen du cadavre, le docteur Dütschke déclara dans son rapport que la mort était due à la paralysie du cœur et qu'elle avait pour cause le bain froid (45° R.) employé. Le pasteur, condamné à un mois pour homicide par négligence, fut acquitté en appel. On fit valoir que la fille ne serait peut-être pas morte si elle s'était plongée dans l'eau seulement jusqu'au cou. Depuis, la communauté baptiste de la Frise orientale (Hanovre) emploi de l'eau chauffée pour cette cérémonie (*Lyon médical*). Il n'y a pas que le baptême baptiste qui offre parfois de sérieux inconvénients.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BÉNAC père (de Cardanjac). — M. le Dr GODIN (de Cézac). — M. le Dr VOLONZAC (de Marsillac). — M. le Dr PAPPAJOHANNES, professeur à la Faculté de médecine d'Athènes. — M. le Dr PARKES, professeur de chirurgie à Chicago. — M. CASTERA (de Portes). — M. BORNON, à Pesme. — M. PISSIS (de Brioude). — M. DILYÈME (d'Arques-la-Bataille). — M. le Dr ROUX (à Jonques). — M. le Pr SCHENK, professeur de botanique à Leipzig.— M. le Dr URBANTSCHITSCH, médecin de l'hôpital Ste-Elisabeth à Vienne, à l'âge de 73 ans. — M. le Pr K. BRAUN von Fernwald (de Vienne). — M. le Dr MANDON (de Limoges). — M. le Dr Jules RŒDERER vient de mourir à Strasbourg dans sa 79e année. Il avait été médecin en chef de l'asile de Stephansfeld de 1842 à 1851. A cette époque il donna sa démission, renonça à l'exercice de la médecine et se mit à la tête d'un établissement industriel. Rœderer a publié des rapports médicaux annuels; quelques-uns ont paru dans la *Gazette médicale* de Strasbourg.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Clinique médicale.* — M. le Dr QUINQUAUD le mercredi, à 4 heures de l'après-midi. Objet du cours : *Les méthodes d'investigation en clinique.*

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures.— M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale. — M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale. Cours de gynécologie.* — M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.*— M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2.—*Clinique médicale.*— M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN, visite des malades à 9 heures. Mercredi : Conférence de chimie pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique. Samedi : Examen des entrants.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale.* — M. le Dr CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — *Chirurgie orthopédique.*— M. KIRMISSON, le lundi à 10 h. du matin. Les leçons de cette année seront consacrées aux *difformités du membre inférieur.* Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr RECLUS, le samedi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL BICHAT. — *Clinique et thérapeutique.* — M. Henri HUCHARD commencera ses leçons à l'hôpital Bichat le dimanche 3 mai à dix heures très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — *Objet du cours* : Médecine pratique. Diagnostic et traitement des maladies. Mode d'administration et posologie des médicaments. — Le lundi, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. Le mardi et le vendredi, consultations externes. — Le mercredi et le samedi, visite des malades nouveaux, à 9 heures 1/2. — Le jeudi, consultation pour les maladies du cœur; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

HÔPITAL NECKER. — M. le Dr HORTELOUP commencera des leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires le dimanche 26 avril, à 9 h. 1/2 et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Visite des malades, à 9 heures, à la salle Civiale.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr de SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, a repris ses leçons cliniques le jeudi 23 avril, à 9 heures.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Clinique médicale.* — M. le Dr A. CHAUFFARD, professeur agrégé, a repris ses leçons cliniques à l'Hôpital Broussais, le samedi 25 avril à 10 heures. Il les continuera les samedis suivants à la même heure.

HÔPITAL TENON. — *Clinique chirurgicale.* — M. RICHELOT, chirurgien de l'hôpital Tenon, a commencé des Conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie, le lundi 20 avril, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace; il les continuera les lundis suivants à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD commencera le lundi 11 mai, à 5 heures du soir, un cours de Dermatologie et de Syphiligraphie, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. LAMIRAULT et Cie
61, rue de Rennes, Paris.

Outre la fin d'une très curieuse étude sur les *Courses* de chevaux en France et à l'étranger, on trouvera, dans les 304e et 305e livraisons de la *Grande Encyclopédie*, parues cette semaine, une remarquable biographie du célèbre philosophe V. *Cousin*, par M. BROCHARD, la vie des révolutionnaires *Courlois* et *Couthon*, par M. AULARD, et un travail d'une importance capitale sur les *Coutumes* et le *Droit coutumier*, par M. GLASSON, membre de l'Institut. — Prix de chaque livraison : 1 franc. Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 18. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 2 MAI 1891.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Des indications de la méthode de Little, au point de vue des succès opératoires : 5 observations, 4 guérisons, 1 décès ;

par A. DEMMLER, médecin principal à l'hôpital militaire St-Martin.

Dans une des dernières séances de la Société de Chirurgie, M. le Dr Peyrot a donné l'observation d'un cas de guérison d'abcès du foie par la méthode de Little. C'est un nouveau fait à l'appui des preuves nombreuses fournies en faveur de cette méthode, et les 5 observations ci-dessous viennent s'ajouter aux succès déjà connus. Aussi je ne saurais accepter les restrictions faites dans cette séance par notre collègue M. le Dr Robert qui, s'appuyant sur les résultats obtenus par lui au Tonkin, semble protester contre les avantages que l'on est en droit d'attendre de ce procédé, si l'on veut l'employer dans les conditions où Little l'a préconisé. En effet, le point fondamental de la méthode de Little est l'ouverture précoce des abcès du foie. Ce qui en fait la valeur et assure presque uniquement le succès, c'est l'incision du foie avant que cet organe ne soit en partie détruit ou trop profondément altéré, si l'on a attendu que l'abcès vint proéminer au dehors.

Et c'est justement cette donnée qui semble avoir été méconnue dans bien des observations que l'on cite, et où l'on voit que l'abcès n'était reconnu que parce qu'il y avait déjà une saillie antérieure. Or, attendre ce moment, c'est se placer dans de mauvaises conditions ; c'est aller à l'encontre des opinions de Little, qui recommande non seulement une incision franche, mais encore une incision précoce. Si donc vous attendez que le foie soit détruit en partie ou qu'il soit tellement altéré, qu'il soit devenu le siège d'une multitude d'abcès plus ou moins volumineux, vous n'êtes pas en droit de mettre sur le compte de la méthode votre insuccès opératoire qui n'est que le fait d'une cachexie trop avancée. Or, c'est ce qui est arrivé à M. Robert dans les cas qu'il a cités en réponse à la communication de M. Peyrot. Aussi on ne saurait trop partager l'avis de M. Quénu qui recommande les ponctions exploratrices. Une pratique assez étendue dans les colonies sur un nombre considérable de malades, puisque l'hôpital d'Haïphong recevait tous les soldats évacués pour être rapatriés, me permet d'affirmer que ces explorations sont inoffensives. Sur la majeure partie des malades présentant des phénomènes fébriles (diarrhée, douleurs dans le côté), j'ai fait des ponctions et j'ai trouvé dans certains cas des abcès que rien ne révélait et dont la présence étonnait non seulement le malade, mais ceux qui m'assistaient, et qui, venus pour la première fois dans les colonies, n'étaient pas encore au courant des surprises de la pathologie coloniale.

M. Quénu insiste avec beaucoup de raison sur ce fait qu'il faut enfoncer très profondément l'aiguille : je l'ai enfoncée quelquefois tout entière et ce n'est qu'à ce moment que j'ai pu rencontrer le pus. En outre, il faut lui donner des inclinaisons différentes ; car il m'est arrivé, dans une des observations que je cite (Obs. III), de ne rien obtenir par une première ponction et de ne trouver de pus qu'en retirant à moitié l'aiguille, et en lui donnant une autre direction. J'ai indiqué dans une thèse faite par un des élèves de l'hôpital Saint-Martin, les signes sur lesquels on peut se guider pour porter l'aiguille de préférence dans tel ou tel point (Grémillon. Thèse de Paris, 1890).

J'insiste tout particulièrement sur l'exploration par la pression digitale de chaque espace intercostal, et sur l'examen de la paroi thoracique pratiqué sous un certain angle visuel qui permet d'apercevoir une voussure là où, par un examen superficiel, on croirait trouver une forme normale. La méthode de Little, suivant moi, ne peut s'appliquer qu'avec une ponction exploratrice préalable, qui permettra de faire des incisions précoces.

Toutefois, je ne voudrais pas que ma pensée fût exagérée. Si je prétends que le procédé de Little, employé comme je le dis, donnera un 0/0 de succès fort considérable, cela ne veut pas dire qu'il sauvera toujours le malade. Si je ne partage pas l'avis de M. Robert, qui semblait dire qu'au Tonkin cette opération avait donné des succès fort contestables, je reconnais sans difficulté que, dans certains cas, là même où l'abcès est ouvert de bonne heure, l'incision restera sans résultat au point de vue de la léthalité. La guérison de l'abcès aura lieu (Obs. III), mais le malade finira par succomber aux progrès de la dégénérescence qui se présente sous des formes différentes dans l'organe ; car à côté des foyers suppurés on trouve des foyers graisseux, des foyers caséeux. Or ce sont précisément ces faits qui permettent, suivant moi, de poser les indications de la méthode de Little et de baser le pronostic sur des données de quelque valeur. Quoi qu'en pensent la plupart des auteurs, je ne puis m'empêcher d'admettre qu'il y a deux sortes d'abcès du foie. A côté des abcès, qui ne sont comme je viens de le dire qu'une des manifestations plus ou moins volumineuses d'une dégénérescence de l'organe par suite d'une inflammation dont le point de départ est dans l'intestin, il y a des abcès qui sont le fait d'une inflammation primitive de la glande ; inflammation dont les causes sont multiples (exagération des fonctions, intoxication palustre). Je suis porté à croire que ce sont même là les plus fréquents et que la diarrhée qui les accompagne est symptomatique au lieu d'être occasionnelle. Pourquoi ne pas admettre qu'un organe dont on constate tous les jours l'irritation par les agents palustres (hyperémie, hépatite, hypertrophie) ne puisse entrer en suppuration si, par suite d'une cause quelconque, la vitalité de ces éléments est diminuée, au point de ne plus permettre la lutte contre l'agent pathogène. Le pus n'est que la liquéfaction, comme le dit Widal, d'éléments histologiques répandus au sein d'un tissu. Le récent travail de Roger sur ce sujet nous a montré que pour faire du pus il n'était pas besoin de la présence du streptococcus ou du staphylococcus ; que la bactérie quelle qu'elle fût pouvait entraîner la suppuration, si la résistance du leucocyte venait à diminuer. Cette bactérie devient elle-même inerte. Ainsi se trouve expliquée l'ingénieuse hypothèse de M. Peyrot disant, pour invoquer l'absence

de péritonite, que le pus de ces abcès n'était pas septique. Il devient dès lors facile d'expliquer la suppuration du foie sans chercher une porte d'entrée pour un des agents ordinaires de la suppuration. Mais il est un fait clinique qui m'a vivement frappé dans les colonies, et sur lequel je ne saurais trop m'appuyer pour défendre la thèse que je soutiens, c'est le suivant:

Dans bien des cas, je n'ai trouvé aucune trace de dysenterie, soit antérieure, soit concomitante. Les malades soigneusement interrogés m'ont déclaré qu'ils n'avaient jamais eu de sang dans les selles, que ces dernières avaient été bilieuses, apparaissant en même temps que les accès fébriles. Cette diarrhée, suivant moi, est le fait de l'apport dans l'intestin d'une bile altérée par suite de l'inflammation du foie, au lieu d'en être la cause, et la meilleure preuve, la voici: dans les cas que je cite, j'ai vu disparaître cette diarrhée dès que l'abcès était vidé; en même temps revenaient les fonctions digestives et l'assimilation des principes nutritifs, toutes choses qui étaient altérées par suite d'un trouble dans la sécrétion biliaire. Il me semble donc difficile de ne pas admettre que l'abcès du foie reconnaît deux origines. Or c'est précisément à cette dernière catégorie d'abcès que doit s'adresser la méthode de Little. Dans ces cas, en effet, les foyers sont généralement isolés; les lésions du reste de l'organe ne sont pas encore très profondes, et sont susceptibles de guérison, si l'on soustrait le malade aux causes qui les ont produites. En résumé, je crois que si l'on fait cette distinction entre les abcès du foie; si, d'autre part, on a soin de ne pas attendre que la cachexie palustre soit assez avancée au point d'amener une modification profonde des tissus, le pronostic de la méthode de Little reste tout aussi excellent que l'a prétendu son auteur et que les nombreuses observations publiées par nos camarades de l'armée de terre et de mer l'ont démontré. Je joins à l'appui de cette dernière assertion les observations suivantes :

Observation I. — M. D...., sous-lieutenant de réserve au 4e tirailleur tonkinois. A souffert tout l'été des fièvres et de la diarrhée. A ressenti quelquefois une douleur dans l'épaule et dans la région hépatique. Se décide à entrer à l'hôpital dans le courant de novembre. Pas très amaigri, teinte cachectique de la face. Une à deux selles molles par jour; quelquefois selles légèrement bilieuses, au moment des accès fébriles. Accès larvés dont le malade n'a le sentiment que par la céphalée qu'il éprouve. Foie débordant légèrement les fausses côtes, peu sensible à la pression, si ce n'est quand on enfonce profondément le doigt dans les espaces intercostaux. Dans les premiers jours de l'admission, l'action du sulfate de quinine et des préparations de quinquina ont rapidement raison des accès fébriles. Le malade se croyait hors d'affaire; rien ne pouvait lui permettre de croire à une autre affection qu'à des accès de fièvre intermittente. Cependant le mieux ne persista pas, les accès devinrent de plus en plus rebelles au sulfate de quinine et continus. Température 38°,2 le matin, variant de 39° à 39°,5 le soir. L'appétit diminua, quoiqu'aucun signe extérieur ne fît supposer la formation d'un abcès.

J'enfonçais dans le onzième espace intercostal un trocart capillaire que j'avais fait fabriquer avant mon départ pour le Tonkin et tel qu'on pût l'adapter sur une seringue de Pravaz. Je donne pour la position exploratrice la préférence à cet instrument parce qu'il permet de faire croire au malade qu'on est disposé à pratiquer une injection hypodermique, le seul mot de ponction pourrait l'effrayer. Je retirai la seringue pleine de pus au grand étonnement du malade et de l'aide-major, M. Bernard, arrivé de France depuis quelques semaines. Le lendemain, je pratiquai l'opération suivant la méthode de Little. Issue de 7 à 800 gr. de pus bien lié avec détritus hépatiques. Je ne parle pas de la quantité considérable de pus évacué avec les lavages. Lavage avec une solution de chloral au 1/30. Trois drains accolés en tuyaux d'orgues et de la grosseur d'un porte-plume sont introduits. Pansement de Lister avec enveloppement de ouate comprenant tout le tronc et en quantité suffisante pour permettre toute compression, sans retentissement sur la région hépatique.

La fièvre disparut immédiatement après l'opération; la diarrhée cessa et l'appétit revint. Le deuxième pansement fut fait 24 heures après l'opération. Pendant huit jours, il fut renouvelé tous les jours. Au bout de ce temps, je commençais par raccourcir chaque jour les drains, et j'augmentais l'intervalle des pansements qui ne furent progressivement que de 30 en 30 heures, puis tous les deux jours et tous les cinq jours.

Au bout de quinze jours, le malade se levait et sortait au bout d'un mois et demi, ne conservant plus qu'un drain, déjà très raccourci dans la plaie qui donnait encore issue à un peu de pus hépatique. Ce drain étant difficile à maintenir, sur les instances du malade je le retirai. La plaie était fermée le lendemain. Mais, quelques jours après, la fièvre qui n'avait pas reparu depuis l'opération se montra de nouveau. L'appétit s'en alla, la diarrhée revint.

J'ouvris immédiatement la cicatrice et j'enfonçai de nouveau un drain de quelques centimètres. Le malade, envoyé en convalescence à l'hôpital de Quang-Yen, en sortait guéri dans les premiers jours de mars, pour s'embarquer et être rapatrié. La plaie était cicatrisée depuis trois semaines. Mais malgré les prières du malade, je m'étais opposé à son départ, pour lui éviter de rentrer en France pendant l'hiver et empêcher ainsi une répercussion sur l'organe malade. M. D... a fait un nouveau séjour au Tonkin et il est actuellement en Algérie. Sa santé est excellente.

Obs. II. — Le nommé D...., Emile, soldat de 2e classe, au 1er régiment de zouaves, entre à l'hospice d'Haïphong, pour congestion chronique du foie, le 6 novembre 1887 ; il est évacué de Vinh, avec diagnostic « cachexie palustre ». Ce malade a eu la diarrhée presque continue. Deux mois avant son entrée, l'entérite est devenue plus considérable, il s'est plaint en même temps d'une douleur dans la région du foie avec accès de fièvre caractérisés par de très vifs frissons. A son entrée, le malade est pâle, très affaibli, son état général est mauvais, il a la fièvre, une forte diarrhée et accuse une douleur sourde, au niveau des dernières fausses côtes droites. Anorexie complète. La matité hépatique n'est pas très étendue. Pas de voussure de la région, mais douleur à la pression de l'hypochondre droit.

Soupçonnant une suppuration du foie, je fais une ponction exploratrice, tout à fait concluante. L'opération est indiquée. Elle est pratiquée suivant la méthode Stromeyer-Little, le 10 novembre 1887. On retire environ 200 gr. d'un liquide purulent, phlegmoneux. Des lavages sont pratiqués avec solution de chloral au 1/30; et on applique un pansement antiseptique qu'on renouvelle le 13 à cause de la suppuration. Nouveau drainage. Sous l'influence de l'irritation, produite par les lavages, survient une syncope qui se dissipe au bout de quelques instants. L'état général s'améliore, les forces reprennent, la diarrhée cesse. Retour de l'appétit et chute de la fièvre; nouveau pansement le 19. Le 24, le pansement est renouvelé. Le drain, repoussé par la cicatrisation, est remplacé par un drain plus faible. A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux; la plaie donne peu. La fièvre n'a pas reparu. L'appétit augmente. Plus de diarrhée. Pansement antiseptique le 6 décembre; le pansement est à peine souillé par la petite quantité de liquide qui s'écoule de la plaie. Le malade se lève et voit ses forces revenir. Il est rapatrié dans les premiers jours de janvier. Le malade ici, grâce à des injections très rares, voit la cicatrisation de sa plaie abrégée de plusieurs semaines. Il sort guéri au bout d'un mois de traitement.

Obs. III. — *Abcès de la face supérieure du foie, consécutif à une dysenterie chronique. Opération de Little, mort deux mois après par suite de dysenterie.* — X..., maréchal des logis au 13e d'artillerie, est évacué de Lang-Son sur l'hôpital d'Haïphong. Ce sous-officier a contracté la fièvre et la dysenterie pendant l'expédition Caobang. Au moment de son admission à l'hôpital, sa dysenterie, qui a déjà été traitée à Lang-Son, paraît

guérie. Le malade se plaint surtout de ressentir des accès de fièvre, selles irrégulières, tantôt liquides avec un peu de sang, tantôt semi-fluides. Douleur le long du côlon ascendant. Traitement par lavement d'ipéca. Ipéca et calomel à l'intérieur. Sulfate de quinine tous les jours. Sous l'influence de ce traitement la diarrhée paraît s'amender un peu; mais la fièvre persiste. De plus, le malade se plaint d'un point de côté, avec irradiation dans l'épaule. A l'auscultation on entend, à la base et en arrière, de nombreux frottements, avec diminution du murmure vésiculaire sans éyophonie. Pas de voussure de la région hépatique. Deux ponctions exploratrices pratiquées dans le dixième espace intercostal, latéralement et en avant, restent négatives. Quatre jours après, une ponction pratiquée dans le neuvième espace, un peu en dedans de la ligne du mamelon, donne issue a du pus mêlé de sang. L'opération n'est pas faite immédiatement à cause de quelques cas de choléra qui s'étaient déclarés dans l'hôpital. Une semaine environ après je procède à l'opération. L'aiguille exploratrice, enfoncée à une profondeur de 5 à 6 centimètres, ne donne tout d'abord issue à aucune goutte de pus, mais je finis par le trouver en mobilisant un peu l'instrument de bas en haut. J'incise alors le foie, en me guidant sur l'aiguille comme sur une sonde cannelée. Je coupe beaucoup de tissu sain avant de tomber dans la cavité de l'abcès, qui contient environ un litre de pus mal lié, rougeâtre, mêlé de détritus hépatiques. Lavages de chloral au 1/30. Introduction de 2 drains en canon de fusil. Pansement de Lister et ouate sur tout le tronc. Le pansement n'est renouvelé que le surlendemain. La fièvre est tombée dès le deuxième jour, mais la diarrhée ne cesse pas, quoique les selles soient moins fréquentes et qu'il y ait des jours où elles soient normales. Au bout de 15 jours environ, les pansements ne sont faits que tous les quatre ou cinq jours. L'état s'améliore et le malade commence à manger des aliments plus solides. Au bout d'un mois environ on pouvait croire à une terminaison heureuse. Malheureusement cet état ne persista pas. La fièvre reparaît dans le commencement du deuxième mois; la diarrhée s'accompagne de nouveau de selles sanguinolentes. Anorexie complète. Je crois à la formation d'un nouvel abcès, et incise de nouveau le foyer, mais sans donner issue à une notable quantité de pus. Cette seconde opération ne vit pas survenir d'amélioration. Les symptômes de diarrhée et de fièvre devinrent presque continus, et le malade succomba plus de deux mois après la première opération.

Autopsie.— On trouva au niveau de la face antéro-supérieure du foie un foyer complètement cicatrisé. Le léger suintement purulent qui persistait tenait seulement à une suppuration des parties molles sus-jacentes. Mais le foie, très hypertrophié, présentait dans toute son étendue une multitude de petits points jaunâtres qui étaient autant d'abcès miliaires. Dans le gros intestin, on observait toutes les lésions de la dysenterie arrivée à sa période ultime.

Ainsi, dans ce cas, la lésion initiale était une dysenterie. Le foie tout entier était malade, et l'abcès ouvert n'était formé que par la réunion de ces petits abcès multiples qu'on rencontrait dans le reste de l'organe. Malgré ces conditions défavorables, l'ouverture du foyer principal a été suivie d'une amélioration passagère. Il est évident que si les lésions de dysenterie eussent été moins avancées, on aurait eu sur la maladie primitive plus de prise et moins de retentissement sur la glande hépatique. Je ferai observer aussi combien il est difficile de tomber exactement sur l'abcès quand il siège sur la face supérieure. La ponction doit porter très haut, il peut être nécessaire de la diriger un peu de bas en haut, pour suivre la convexité de l'organe qui s'abaisse d'arrière en avant. Je crois que, dans ce cas, il serait indiqué de réséquer une côte pour avoir un trajet plus direct et permettre une exploration plus complète de la face convexe du foie; les abcès en pareil cas peuvent être, en effet, multiples.

Obs. IV. — X..., soldat au 3e bataillon d'Afrique, est évacué en mai 1887 sur l'hôpital d'Haïphong avec le diagnostic fièvre et diarrhée palustre. Etat cachectique prononcé; poids 43 kilog. Fièvre hectique à partir de 2 heures de l'après-midi; 2 à 3 selles par jour, quelquefois semi-fluides, consistance de purée, d'autres fois très liquides, variant du vert au jaune ocre. Le malade affirme avoir eu très peu de sang dans les selles dès le début. Pas d'épreintes. Le sang provenait très probablement d'hémorroïdes internes qui accompagnent souvent la congestion hépatique. En raison de l'absence de phénomènes bien nets de dysenterie, de la persistance de la fièvre rebelle au sulfate de quinine, de l'inefficacité des traitements dirigés contre la lientrie, notre attention est éveillée du côté du foie. Le foie ne dépasse pas notablement les fausses côtes, mais la matité est augmentée en hauteur. Pas de voussure. En comprimant méthodiquement, et avec une certaine force, avec la pulpe du doigt, les différents espaces intercostaux, en avant, latéralement et en arrière, on remarque tout d'abord, une sensibilité générale plus grande de tout l'organe; mais au niveau du 10e espace intercostal, en dedans de la ligne mamilliaire, la douleur est beaucoup plus vive et le malade l'indique nettement. Une ponction exploratrice, faite à ce niveau, dénote la présence du pus. L'opération est faite quelques jours après dans l'espace indiqué. Une incision de 6 à 7 cent. donne issue à une quantité de pus et de détritus hépatiques qu'on peut évaluer à 1.500 gr. Le doigt, bien aseptique, introduit dans la plaie, permet de juger de l'étendue de l'abcès qui paraît occuper la plus grande partie de la surface antérieure du foie. Après lavages abondants avec une solution de chloral au 1/30, introduction de deux drains très longs dans la cavité de l'abcès. Pansement de Lister, avec enveloppement de tout le tronc, depuis l'abdomen jusqu'aux clavicules, dans une énorme quantité de ouate. Les pansements sont défaits le lendemain et les deux jours suivants. Dès le quatrième jour, ils n'ont plus lieu que tous les trois jours. La plaie donne issue à une assez grande quantité de bile, ce qui fait supposer qu'un gros canalicule biliaire a été intéressé. La fièvre a disparu, dès le premier soir, pour ne plus reparaître. La diarrhée n'a pas cessé immédiatement, mais au bout du huitième jour. L'état des fonctions digestives est assez satisfaisant, pour permettre au malade une alimentation solide et l'usage de la viande. Au bout d'un mois les pansements étaient rares et l'ouverture ne laissait plus écouler que de la bile, sans mélange de pus. On pouvait évacuer le malade sur le sanatorium de Quang-Yen; et il quittait le Tonkin à la fin de juin, tout à fait guéri, ayant repris son embonpoint, et si bien portant que, pendant la traversée, il fut employé comme infirmier par le médecin du bord. Dans ce cas, la diarrhée, qui n'avait jamais été franchement dysentérique, avait disparu après l'ouverture de l'abcès. Le malade certainement eut succombé, pendant la traversée, si on l'avait rapatrié sans intervenir chirurgicalement, car il était arrivé au dernier terme cachectique. J'ai eu le tort, dans ce cas, de mettre des drains trop longs. Je crois qu'ils ont irrité les parois et aidé à l'hypersécrétion biliaire. Cet écoulement de bile a, en effet, diminué, sans toutefois disparaître complètement, quand je les ai raccourcis très notablement; et si mes souvenirs sont exacts, je crois qu'il n'a cessé complètement que le jour où j'ai conseillé au médecin-chef de Quang-Yen de les supprimer. Je partage l'avis de Mabboux sur ce point et je crois qu'il est bon de supprimer les tubes dès qu'on le peut; mais j'aurais soin simplement d'interposer, entre les bords de la plaie, une lamelle de caoutchouc ou un léger bout de drain, qui l'empêcherait de s'obturer trop vite. On prévient ainsi la rétention.

Obs. V. — Schmidt, soldat de deuxième classe, âgé de 23 ans, débarque le 20 juin 1887 à Dong-Haï. Séjour de 13 mois au Tonkin et dans cet intervalle il se porte bien, sauf quelques accès de fièvre intermittente. Pas de dysenterie. Rentré à Oran à la fin de l'année 1888. Le 10 décembre, le malade se présente pour la première fois à la visite. Il se plaint de douleurs dans l'hypochondre droit. Le 2 janvier 1889 entré à l'infirmerie pour diarrhée et coliques. Les douleurs de côté ont persisté. Application d'un vésicatoire sur le côté droit. Sortie de l'infirmerie au bout de quatre jours sans amélioration. Le 23 janvier, le malade se rend de nouveau à l'infirmerie, ou on lui remet un vésicatoire. Le 26 février, le médecin perçoit des signes de bronchite et prescrit l'arsenic et l'huile de foie de morue. Poids, 59 kilogs. Le 3 mars, le malade entre à l'hôpital d'Oran. La diarrhée a momentanément disparu. Pas d'amaigrissement notable. Poids 57 kilogs. Il est soigné pour une fièvre intermittente et une bronchite chronique. Vin de quinquina et liqueur de Fowler. On constate à

*

la base droite de la matité. Le 9 mars, une douleur épigastrique avec irradiations dans le dos. Le malade est en décubitus dorsal, il lui est impossible de s'asseoir sur son lit. Le 13 mars, vomique de pus couleur chocolat évaluée à deux crachoirs. Le malade a de la toux, pas de fièvre. Le décubitus dorsal est maintenant complètement impossible. Le lendemain nouvelle vomique. Le malade remplit aux trois quarts son vase de nuit du même pus que la veille mais strié de sang. Pilules d'iodoforme et créosote. On croyait avoir affaire à une pleurésie purulente spécifique. Depuis le 13 mars, début de la vomique, jusqu'au 15 juillet, jour de l'opération, le malade tousse et crache. Périodiquement, jusqu'au mois de juin, il a de cinq en cinq jours une vomique de deux à quatre crachoirs.

Il arrive à Paris le 7 avril, en congé de convalescence. La diarrhée a reparu. Il entre une première fois à l'hôpital Saint-Martin, en sort le 30 avril et y rentre le 29 mai, le malade crachant toujours du pus chocolat. Teinte terreuse de la face. Anorexie absolue. Vomiques successives, avec cinq ou six selles diarrhéiques par jour. La température marque 39 le matin et 40 le soir. Le malade tousse toujours. Le médecin traitant constate une matité à la base droite. Il fait une ponction négative au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, croyant avoir affaire à une pleurésie purulente. Vin de quinquina. Fièvre intermittente et exacerbation vespérale. Quelques frissons. Le 7 juillet, Schmidt passe du service des fiévreux dans celui des blessés. Je note une augmentation de la matité hépatique du côté de la poitrine, avec empâtement douloureux de toute la région du foie. Je songe à un abcès du foie ouvert dans les bronches. La ponction exploratrice faite au centre de la voussure, dans le neuvième espace intercostal sur la ligne axillaire, vient confirmer ce diagnostic en amenant un pus bien lié. Le 13, l'opération par la méthode de Little est pratiquée sous le chloroforme, avec les précautions antiseptiques de rigueur.

A partir de ce jour, on voit la fièvre tomber, la diarrhée disparaître et l'appétit renaître. La toux a cessé au bout de quatre jours, le malade ne crache plus, ce qui démontre la fermeture de la fistule broncho-hépatique. Au moment de l'opération, le malade pesait 48 kilogrammes. Un mois après 120 livres et le 12 octobre 131 livres. Les lavages primitivement faits avec la solution de chlorure de zinc au 1/50 ont été continués, pendant mon absence, avec une solution tiède d'acide borique à 3 pour cent. Un peu fréquentes, suivant moi, ces injections faites pendant un mois tous les jours, tous les deux jours, puis tous les trois jours, auraient retardé légèrement la cicatrisation. Le 2 octobre, la rapidité de la cicatrisation de l'ouverture cutanée a obligé à un débridement de la peau et à la réintroduction d'un drain. Cette fermeture avait fait momentanément reparaître un peu de fièvre et de diarrhée.

Ce fait d'abcès du foie survenant après le retour du malade et sans avoir été précédé d'aucun trouble notable dans sa santé, est une nouvelle preuve de l'existence des abcès du foie d'origine non dysentérique.

En résumé, je crois qu'il y a deux conditions essentielles de succès dans l'emploi de la méthode Little : 1° S'adresser surtout aux abcès paraissant tenir à une hépatite palustre, sans dysenterie antérieure, ou tout au moins sans dysenterie de longue durée. 2° Faire une incision très précoce et pour cela chercher l'abcès, dès qu'on peut en supposer l'existence.

L'Influenza en Angleterre. — L'influenza continue à se propager en Angleterre. On compte à Londres un certain nombre de cas. Dans le Yorkshire, elle sévit avec une grande rigueur. L'archevêque d'York, le lord-maire de cette ville et ses adjoints sont actuellement atteints par cette épidémie. L'influenza a revêtu un caractère de gravité exceptionnelle à Sheffield où la mortalité a atteint, en une semaine, dans cette ville, la proportion de 57 1/2 par mille habitants. La plupart des habitants de cette ville, d'après le *Times*, un tiers de la population, sont atteints par l'épidémie sous une forme plus ou moins grave.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Enseignement libre dans les Hôpitaux.

(*Semestre d'Été*).

Cette semaine ont commencé dans divers hôpitaux des leçons cliniques dues à l'initiative privée. Nous allons avoir bientôt les leçons de M. Quinquaud, celles de M. Legroux, de M. Cuffer; d'autres encore peut-être que ramène le semestre d'été. En chirurgie, nous avons eu déjà MM. Horteloup, de St-Germain, Kirmisson, etc. (1). Nous avons encore les leçons de MM. Rendu, Lancereaux, que ces maîtres font toute l'année. Voilà un bilan favorable pour l'enseignement municipal, et il est facile de voir, à l'empressement que mettent les étudiants à se rendre à ces différents cours, qu'ils semblent les préférer aux cours officiels de la Faculté. C'est l'enseignement pratique qu'il faut à l'étudiant et l'enseignement à l'hôpital. Que les maîtres dont nous venons de parler le donnent en tant qu'agrégés de l'Ecole à laquelle ils appartiennent précisément, ou en tant que médecins et chirurgiens des hôpitaux, peu importe : l'essentiel est qu'ils le donnent. Pourrions-nous demander à quelques-uns d'entre eux d'imiter M. Quinquaud, M. Legroux, par exemple, et de faire leurs conférences l'après-midi ? Cela nous manque en France ; à Vienne, à Berlin, à Londres, l'étudiant peut assister à des cours toute la journée, tandis qu'à Paris il est livré à lui-même dès que midi a sonné.

Maladies de la peau (*Hôpital Saint-Louis*). — M. le Dr Hallopeau.

M. Hallopeau a commencé dimanche dernier, dans la salle des conférences du Musée de l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques du semestre d'été. Ce n'est pas, a-t-il dit, un cours complet des maladies cutanées que je compte vous faire : je désire vous montrer les principaux types de dermatoses suivant qu'ils se présentent à la consultation de l'hôpital. La méthode suivie par le professeur est originale et mérite d'être retenue : c'est un mélange de la leçon didactique et de la leçon clinique. Tandis que la leçon didactique est par elle-même forcément aride et n'offre pas pour l'enseignement une aussi grande valeur qu'on le suppose, la leçon clinique sur un seul malade est nécessairement incomplète. Ainsi que l'a fort bien dit, en effet, M. Hallopeau, il n'y a pas, en dermatologie, deux cas qui se ressemblent et il existe entre les divers exemples d'une même dermatose autant de signes différentiels qu'on en trouve sur le visage de deux personnes, alors même qu'elles se ressemblent le plus. M. Hallopeau commence donc par consacrer la moitié de sa leçon à l'exposé didactique sommaire du sujet qu'il a choisi, en insistant plus spécialement sur les côtés nouveaux, sur les points en discussion de la question ; puis il fait passer sous les yeux de ses auditeurs les moulages du musée qui viennent à l'appui de l'opinion qu'il avance ou des faits qu'il énonce. Il consacre alors la seconde partie de sa conférence à la présentation des nombreux malades de son service ou de la consultation, en montrant pour chacun d'eux les particularités cliniques. Pour sa première conférence, M. Hallopeau avait choisi les nœvi et il est certain qu'il a su, par cette façon de procéder, rendre attrayante une question qui sort un peu du cadre habituel et qui demande quelque préparation, quelque habitude de la

(1) Voir, à la fin de chacun de nos numéros, notre *Chronique des Hôpitaux*.

dermatologie. Cette présentation de malades est la vraie base de l'enseignement à Saint-Louis et cette partie de la leçon de M. Hallopeau a été de beaucoup la plus goûtée et celle aussi où l'on pouvait le mieux apprécier les hautes qualités cliniques du sympathique professeur. Les élèves, qui semblaient au début un peu déroutés par la classification des nœvi et leurs nombreuses modalités, ont bien mieux saisi toutes ces différences lorsque les malades ont été présentés avec l'explication, l'étiquette, si l'on peut dire, qui permettait de se reconnaître au milieu de tous ces types.

Pourrions-nous demander aux conférenciers, à M. Hallopeau, qui la sait si bien, de s'étendre sur la thérapeutique ? Le conférencier ne voit pas ce dont se rend compte un simple auditeur ; mais ce qu'on vient surtout chercher, à Saint-Louis notamment, c'est : 1° beaucoup de malades *types ;* 2° la façon de les traiter. La pathogénie peut intéresser le docteur ès sciences médicales, mais le traitement fait bien mieux l'affaire du médecin et n'avons-nous pas conscience, à Paris, de négliger un peu ce chapitre ?

Clinique médicale (*Hôpital Broussais*). — **M. le Dr Chauffard.**

M. Chauffard est le vrai professeur de clinique : il présente son malade avec cette précision, cette sûreté de diagnostic qui caractérisent le clinicien et il le discute avec cette science, cette abondance d'arguments qui sont la marque du professeur qui sait bien ce dont il parle. M. Chauffard fait servir à son enseignement tous les procédés que la science moderne met à la disposition de la médecine, et il suffit de suivre une fois sa visite à l'hôpital pour voir que ce clinicien consommé est aussi un expérimentateur habile, un anatomo-pathologiste consommé. C'est persuadé évidemment que toutes ces sciences se prêtent un mutuel appui, que M. Chauffard a pu, samedi dernier, en présentant un enfant en voie de guérison d'une syphilis herpatique, montrer à ses auditeurs les aspects multiples de la syphilis du foie. C'était, à propos d'un seul malade, une description complète de syphilis localisée au foie. M. Chauffard a su rendre cette question plus intéressante encore par des aperçus sur la pathogénie des lésions. Il a montré comment, dans l'hérédo-syphilis, l'infection, qui se faisait par la large voie de la veine ombilicale, portait de préférence sur le foie et déterminait un envahissement à peu près total de la glande herpatique, une diffusion des lésions qu'on ne retrouve pas chez l'adulte. Chez celui-ci l'infection se fait par une voie bien plus étroite, l'artère herpatique, et la localisation est aussi bien moins fréquente.

M. Chauffard présentera chaque samedi la relation des cas intéressants de son service, au milieu des nombreux auditeurs que sa vaste érudition, servie par une parole des plus éloquentes, ne saurait manquer d'attirer à l'hôpital Broussais.

Clinique médicale (*Hôpital Laënnec*). — **M. le Dr Landouzy.**

M. Landouzy affectionne les sujets de pathologie générale : il les traite d'ailleurs avec une largeur de vues et une conviction telles qu'il finit par entraîner et ranger à son avis ceux que la nouveauté et parfois aussi la hardiesse de ses idées feraient hésiter. C'est bien la médecine de demain et l'on ne saurait trop féliciter M. Landouzy de s'avancer en pionnier dans cette voie qui promet les plus féconds résultats. Il n'y a que ceux qui se tiennent au terre à terre de tous les jours, qui ne se trompent pas ; et lorsque des idées semblables à celles dont M. Landouzy faisait part à ses auditeurs s'appuient sur des faits aussi bien observés, aussi consciencieusement étudiés, il est bien rare qu'elles ne contiennent pas une bonne part de vérité. Qu'on en juge par les vues antérieures du professeur sur les ictères infectieux, les pleurésies, etc., etc. Cette année M. Landouzy consacrera quelques-unes de ses leçons cliniques du jeudi à l'étude des modalités de la tuberculose. Il a commencé par cette affection à laquelle il donne le nom de fièvre bacillaire prétuberculeuse aiguë à forme typhoïde. Tous les états typhoïdes sont loin d'indiquer une dothiénentérie : à côté de l'état typhoïde, fonction du bacille d'Eberth, il y a l'état typhoïde symptomatique du bacille de Koch. Les malades sont infectés par la *bacillose*, mais ils ne sont pas encore entrés dans la *tuberculose.*

Cette infection par le bacille de Koch se présente avec les mêmes symptômes qu'une fièvre typhoïde ordinaire, si bien qu'il est parfois d'une difficulté extrême de la dépister. Si le malade meurt, c'est à peine si l'on trouve, après plusieurs semaines de maladie, quelques granulations tuberculeuses disséminées ; ce qui différencie bien cette affection de la tuberculose aiguë dont les foyers de localisation entraînent la forme clinique. S'il guérit, il n'en est pas moins candidat à la tuberculose, et c'est dans ces cas que l'on croit avoir eu affaire à une dothiénentérie par bacille d'Eberth. Cette bacillose aiguë, fébrile, typhoïde, a pourtant des signes qui ont dans plusieurs cas permis à M. le Dr Landouzy de formuler un diagnostic exact : l'absence de taches rosées, l'absence de tout catarrhe pharyngé, broncho-pulmonaire, intestinal ; les irrégularités de la température sont surtout des signes qui appartiennent à la bacillose typhoïde. Il est une véritable pierre de touche d'après M. Landouzy, c'est le traitement : Dans la dothiénentérie éberthienne, le sulfate de quinine à toute dose fait baisser la température, mais il reste sans effet dans la typhoïde bacillaire. L'antipyrine, au contraire, au dire de M. le Dr Jeannel, qui serait sans effet dans la fièvre typhoïde, produirait dans la fièvre prétuberculeuse un abaissement de température révélateur.

Maladies des voies urinaires (*Hôpital Necker*). **M. le Dr Horteloup.**

M. le Dr Horteloup a commencé dimanche dernier, à 9 h. 1/2, devant un nombreux auditoire où nous avons même reconnu de futurs chirurgiens des hôpitaux, des conférences cliniques sur les maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker.

On sait qu'à la suite de sa nomination comme professeur de clinique spéciale des maladies des voies urinaires à la Faculté, M. Guyon a dû quitter la fondation Civiale, dépendance de l'Assistance publique. Or, c'est à M. le Dr Horteloup, tout désigné par la nature de ses travaux et ses services antérieurs, qu'est échue la salle Civiale. Il a tenu à marcher sur les traces de son fondateur, puis sur celles de M. Guyon, alors qu'il n'était pas encore professeur ; aussi a-t-il inauguré cette semaine des leçons qu'il compte faire régulièrement désormais, pour ne pas laisser perdre les matériaux précieux qu'il a sous la main. Nous ne pouvons que le féliciter de son initiative.

Il a l'intention d'étudier cette année la blennorrhagie

chronique et sa première leçon a été l'exposition des difficultés que l'on rencontre dès qu'on veut pénétrer l'histoire de cette affection qui fait le désespoir des malades et aussi, avouons-le ici tout bas, celui des médecins. Rappelant que, sur un point seul, on était d'accord, c'est que la blennorrhagie chronique avait toujours été précédée d'une blennorrhagie aiguë, il a exposé les différentes opinions sur l'étiologie de cette douloureuse maladie et montré que, malheureusement, les recherches bactériologiques étaient loin d'avoir élucidé les points douteux.

Après sa conférence, le Dr Horteloup a conduit ses auditeurs dans sa belle salle d'opérations où il a pratiqué une taille périnéale pour enlever des concrétions phosphatiques de la prostate et de la vessie.

Si nos lecteurs veulent bien se rappeler qu'à Necker il existe encore un autre service de chirurgie, et que le titulaire en est M. le Pr Le Dentu, aussi connu que MM. Guyon et Horteloup comme spécialiste, ils en concluront sans peine — et avec plaisir — que décidément cet hôpital est devenu, chirurgicalement parlant, un hôpital spécialisé. Il faudrait en effet chercher longtemps pour en découvrir, à Paris, un autre où l'on puisse trouver réunis autant de malades atteints d'affections des organes des voies génito-urinaires. Ce n'est pas nous — ni les étudiants — qui nous plaindrons de cet état de choses. Il est fort agréable et fort commode, pour le médecin spécialisé et l'étudiant lui-même, de trouver rassemblés, dans le même hôpital, les services les plus importants de Paris en ce qui concerne ces maladies.

Cours libre d'Ophtalmologie. — M. le Dr Kœnig.

Notre collaborateur, M. le Dr Kœnig, a inauguré samedi, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, devant de nombreux étudiants, un cours libre sur les *Troubles de la vision dans les maladies du système nerveux*. Après avoir montré la nécessité pour tout médecin de pouvoir se servir de l'ophtalmoscope, il a fait le procès de la *cérébroscopie*, méthode reconnue insuffisante, ne justifiant pas sa dénomination et devant être complétée par la recherche des symptômes fonctionnels fournis par toutes les parties constituantes de l'œil. Dans une deuxième partie, M. Kœnig a cherché à établir une classification rationnelle des troubles oculaires dans les maladies du système nerveux central, basée sur l'étude parallèle des signes fonctionnels et des données anatomiques. Ces conférences, fort instructives et suivies de présentations de malades, seront très utiles aux étudiants et aux médecins qui veulent se perfectionner dans l'art de *l'ophtalmoscopie médicale*.

Le refuge-ouvroir de l'allaitement maternel. — Les personnes qui composent la Société pour la propagation de l'Allaitement maternel ont pris la résolution d'annexer à l'œuvre de bienfaisance qu'elles ont fondée, et qui rend aux pauvres mères de si grands services, un refuge pour les femmes dans les dernières semaines de leur grossesse. Son président, M. le Dr Cadet de Gassicourt, a expliqué à la dernière assemblée générale de la Société, les grandes lignes du projet et fait connaître les résultats acquis. Outre la subvention de 20.000 fr. du Conseil municipal, la Ville a loué, à peu près gratuitement, à la Société un terrain situé avenue du Maine, 203, à proximité des Maternités. M. le Dr Pinard, professeur de clinique d'accouchement à la Faculté de médecine, a été nommé président du refuge et directeur du service médical. C'est sous sa surveillance que, dès leur entrée dans l'établissement où elles trouveront asile et travail, les femmes enceintes seront soumises à l'hygiène la plus rigoureuse. M. le Dr Pinard sera aidé dans ses fonctions par M. le Dr Barbézieux, sous-directeur du refuge. (Voir page 37?).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 avril 1891. — Présidence de M. Duchartre.

M. Ranvier. — *De l'endothélium du péritoine et des modifications qu'il subit dans l'inflammation expérimentale; comment il faut comprendre la guérison des plaies par réunion immédiate.* — Lorsqu'on examine l'épiploon d'un cochon d'Inde après fixation à l'acide osmique et coloration au violet de méthyle, on constate que les noyaux des cellules endothéliales sont entourés d'une couche protoplasmique granuleuse d'où partent en rayonnant des travées de protoplasma qui s'anastomosent avec les travées des cellules endothéliales voisines. Il en résulte que le champ de la cellule endothéliale, si nettement circonscrit dans les imprégnations d'argent, correspond à une plaque de protoplasma condensé superficiel. Le protoplasma situé au-dessous et dans lequel le noyau se trouve compris, n'est pas individualisé ; son réticulum se poursuit sans discontinuité de cellule à cellule. Cette manière de comprendre les endothéliums est confirmée par les recherches d'histologie pathologique expérimentale. En étudiant les phénomènes inflammatoires provoqués sur l'épiploon de cochon d'Inde ou de rat par l'injection de nitrate d'argent, on voit qu'en certains points l'endothélium est nécrosé ; dans d'autres points il est encore en place, mais il est modifié: la plaque endothéliale a disparu, le noyau est légèrement gonflé et le protoplasma qui l'entoure s'est transformé: certaines travées du réticulum protoplasmique ont disparu, tandis que d'autres ont subi une hypertrophie notable. Le pavé endothélial est transformé en un réseau de cellules étoilées semblables aux cellules conjonctives : ce sont des cellules conjonctives. On peut facilement reconnaître que ces cellules sont fixées à des filaments de fibrine qui leur servent de supports. Ces filaments constituent une sorte de charpente servant de support à un nouvel édifice. Tout cela se produit avant qu'il y ait multiplication cellulaire, celle-ci se fait par karyokinèse et se poursuit activement. Les cellules conjonctives redeviennent peu à peu des cellules endothéliales, et, en général, vers le 9e jour, l'endothélium est complètement reconstitué. Il est probable que dans la réunion des plaies il se produit des phénomènes analogues. Il se fait d'abord un exsudat plus ou moins hémorrhagique, duquel se séparent des filaments fibrineux qui se fixent aux faisceaux du tissu conjonctif et constituent une première charpente entre les deux lèvres de la plaie. Les cellules du tissu conjonctif s'accroissent, ainsi que leurs prolongements. Ceux-ci s'accolent aux filaments de la charpente fibrineuse, se soudent les uns aux autres et forment ainsi une seconde charpente plus solide que la première qui va bientôt travailler à l'édification définitive de la cicatrice par le développement de faisceaux conjonctifs et de fibres élastiques. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 avril 1891. — Présidence de M. Malassez.

M. d'Arsonval présente un *galvanomètre*, destiné à la pratique médicale, et expose ses recherches sur le danger des grands générateurs d'électricité à courants alternatifs actuellement employés dans l'industrie. Il a constaté, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, que les générateurs étaient d'autant moins dangereux que les interruptions sont plus rapides.

M. Abelous a étudié avec M. Heim les *ferments digestifs connus dans les œufs des Crustacés marins*, en particulier les Crabes. Ces ferments se rapprochent beaucoup par leur action de la diastase et de la trypsine, mais ils s'éloignent assez notablement de la pepsine.

M. Houssaye poursuit ses recherches sur la *composition segmentaire ou métamérique des Vertébrés*. Il a pu

constater, chez l'Axoloth, aux premières phases de développement, que les fentes branchiales n'étaient point localisées à la partie antérieure du corps, mais qu'on retrouvait des vestiges de fentes tout le long du canal intestinal. L'intervalle compris entre chaque fente comprend une paire de vaisseaux qui ressemblent à ceux d'un arc branchial, c'est-à-dire d'un segment métamérique. La première de ces fentes ou évagination de l intestin est destinée à former le foie.

M. Graid a pu voir les préparations de M. Houssaye, et fait remarquer l'importance de ces recherches au point de vue de la philosophie zoologique. On arrive en effet à établir ainsi qu'un Vertébré peut reproduire le schéma d'un Annelé et à relier tous les êtres vivants par une même sériation.

M. Quinquaud dépose une note de M. Œschner, de Koninck, sur une *ptomaïne* dont la formule est $C^8 H^{11}$ Az, qui produit chez le lapin des convulsions tout à fait semblables à celles du tétanos. De plus, elle arrête la germination des graines et les fermentations lactique et butyrique.

M. R. Blanchard a pu recueillir un certain nombre de *Vers parasites des singes Anthropoïdes*. Il donne en particulier la description de trois Cestodes du Chimpanzé, qui sont tout à fait comparables aux helminthes des Herbivores.

M. Hédon envoie une note sur les résultats de l'*ablation du pancréas*. A la suite de cette ablation, il se produit une dénutrition considérable, qui ne doit pas être exclusivement attribuée aux troubles digestifs. La glycosurie et l'azoturie sont les deux symptômes principaux que l'on observe après l'extirpation totale. La première apparaît toujours, mais elle peut être intermittente et cesser complètement pendant de longues périodes; dans ce cas l'azoturie devient le symptôme prédominant, et l'on constate alors une évolution qui se rapproche de celle du diabète insipide de l'homme. Pendant cette période, le sucre absorbé avec les aliments est en grande partie assimilé.

M. Malassez dépose une note de M. Zachariadès sur la présence d'un *réseau cellulaire* dans la lame osseuse qui forme l'opercule du Cyprin doré.

M. Onanoff expose ses recherches sur la *mesure de l'électricité* dans ses rapports avec la contraction musculaire.

M. Dumontpallier, secrétaire général, annonce une lettre de M. Lépine, de Lyon, en réponse à la note de M. Arthus lue dans la précédente séance.

Al. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 avril 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Polaillon lit un rapport sur un travail de M. le Dr Berlioz (de Grenoble) sur un *nouvel antiseptique, la Microcidine*, formée de 75 0/0 de naphtolate de soude et 25 0/0 de composés naphtoliques et phénoliques. C'est une poudre soluble dans l'eau dans la proportion de 1 pour 3. La solution concentrée est brune ; à 3 0/00 elle est incolore. Les solutions sont très antiseptiques et très peu toxiques. Elles ne sont pas caustiques, n'altèrent ni les instruments ni les étoffes et sont peu coûteuses. Le pouvoir antiseptique de la microcidine est inférieur à celui du bichlorure de mercure, mais dix fois supérieur à celui de l'acide phénique, et vingt fois à celui de l'acide borique. Son élimination se fait par les urines. C'est en outre un antipyritique. D'après ses essais avec des solutions à 3 0/00 M. Polaillon a obtenu la cicatrisation rapide d'ulcères de jambe et plaies suppurées, même gangréneuses. Dans les plaies récentes la microcidine empêche la production de pus comme les autres antiseptiques phéniqués ou naphtolés. La microcidine peut en somme être rangée parmi les meilleurs antiseptiques et les plus inoffensifs.

M. Berger présente un malade de 40 ans, *guéri d'une exstrophie de la vessie avec épispadias complet et écartement de la symphyse pubienne*. La vessie faisait saillie au-dessus du pubis; les deux uretères qui aboutissaient à sa partie inférieure étaient facilement reconnaissables. Il y avait en outre deux hernies inguinales. L'auteur, ayant échoué dans sa tentative d'autoplastie de la surface vésicale, eut recours au procédé employé et décrit par M. Segond. La partie vésicale fut disséquée de haut en bas et rabattue sur l'orifice des uretères et sur la gouttière uréthrale de la verge dont les bords avaient été avivés, et elle fut fixée par des fils de soie. La cavité des voies urinaires étant ainsi reconstituée, de l'orifice des uretères jusqu'à la partie antérieure de la verge, un grand lambeau emprunté au scrotum fut passé au-dessus de celle-ci et appliqué, par sa face cruentée, sur la face cruentée du lambeau vésical auquel il fut fixé par de nombreux points de suture. Enfin les orifices fistuleux furent fermés et l'extrémité antérieure du canal constitué par deux petites opérations complémentaires. Aujourd'hui le malade ne laisse plus échapper l'urine que par l'extrémité de la verge, et on peut facilement la recueillir dans un urinal ordinaire en caoutchouc.

La discussion reprend sur les *causes de la dépopulation de la France et le rétablissement des tours*.

M. Le Roy de Méricourt pense que le tour complète le système des mesures préventives de l'abandon des enfants, loin de lui être incompatible. Dans beaucoup de lieux où le bureau ouvert secret ne peut être installé, le tour rendra de grands services, car il ne faut pas considérer que Paris dans cette question. L'orateur votera donc pour le rétablissement des tours.

M. Dujardin-Beaumetz propose le vœu suivant à ajouter au 1er paragraphe: « Que la loi sur les enfants assistés, préparée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique dans sa dernière session, soit soumise aux pouvoirs publics dans le plus bref délai. » L'orateur est disposé à adopter les bureaux ouverts ou secrets d'abandon, qui permettent de venir en aide à la mère et par conséquent peuvent la décider à garder son enfant.

M. Guéniot propose de modifier la rédaction de M. Brouardel, en ce qui touche les accouchements secrets, de la manière suivante : « L'Académie émet le vœu que les filles et les femmes enceintes nécessiteuses puissent être hospitalisées pendant les derniers mois de leur grossesse, et que, si elles le désirent, le secret absolu soit gardé sur leur présence et sur leur accouchement. » Il pense que les bureaux ouverts ont une action funeste tant au point de vue de l'assistance des femmes que des conditions physiques et morales des enfants secourus, mais non abandonnés, et il demande que les tours soient rétablis.

M. Le Fort demande « que les filles et les femmes désirant cacher leur maternité puissent être hospitalisées dans des conditions telles que le secret le plus absolu soit gardé sur leur présence et leur accouchement; que les tours soient rétablis, conformément au décret du 19 janvier 1811; que des secours pécuniaires soient accordés aux mères ne pouvant, faute de ressources, élever leur enfant. » (Sur la proposition de M. Brouardel, la discussion sur la première conclusion est close, et le vote en est renvoyé à la prochaine séance.)

M. Danion lit un travail sur l'*origine curative du mode galvanique appliqué au traitement des fibro-myômes utérins.*

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 avril 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Laveran rapporte l'observation d'un malade qui a présenté *une forme de rage atténuée pendant le cours d'un traitement par inoculations préventives*. Il s'agit d'un zouave de 22 ans mordu, le 12 janvier, par un chien errant. Le 21 janvier, les plaies sont à peu près cicatrisées et on commence les inoculations à l'institut Pasteur. Les plaies n'ont pas été cautérisées au moment de l'accident. Vers le 30 janvier, on observe les symptômes qui caractérisent l'invasion de la rage: insomnie, faiblesse générale; le 31, douleurs vives dans la jambe au niveau de la morsure, hyperesthésie très marquée

de la peau, faiblesse des membres inférieurs telle bientôt que le malade ne peut plus marcher et qu'on doit le porter en voiture à l'institut Pasteur pour les inoculations. Enfin un peu de gêne de la déglutition, mais pas d'hydrophobie. Au lieu de l'accès de rage attendu, on observe, les jours suivants, la diminution progressive des symptômes ; le 20 février le malade reprend son traitement, il part guéri le 14 mars.

Il n'est pas à croire qu'on ait affaire ici à une rage nerveuse, car ce soldat n'est pas nerveux et d'autre part il n'est pas assez instruit pour connaître les symptômes de rage qu'il a éprouvés, étant donné qu'il n'a justement pas présenté celui qui est le plus vulgairement connu : l'hydrophobie. Il est évident qu'il a été atteint d'une rage atténuée qui peut s'expliquer de deux façons : ou elle est la conséquence de la morsure du chien, ou elle a été provoquée par les inoculations préventives. Les faits chaque jour observés à l'institut Pasteur permettent d'écarter cette seconde hypothèse. MM. Roux et Chantemesse m'ont dit avoir vu des faits analogues établissant que chez certains sujets soumis aux inoculations préventives la rage peut se présenter sous une forme bénigne.

M. Chantemesse. — Le virus rabique peut rester longtemps dans les nerfs à l'état latent puis disparaître ou au contraire envahir tout à coup les centres nerveux. La vaccination antirabique semble dans ces cas venir en aide à la résistance naturelle de l'organisme ; dans d'autres cas, l'accès de rage survient et emporte le malade. Tel est le cas suivant dont j'ai eu l'occasion de faire l'autopsie. Un homme mordu et vacciné en 1886 se porte bien jusqu'à 1888, sauf quelques douleurs passagères au niveau de son ancienne plaie ; en juillet 1888, chute suivie de refroidissement. Le lendemain les douleurs reparaissent et 4 jours après cet homme meurt au milieu de symptômes rabiques incontestables et on trouve dans son bulbe la rage des rues. Fréquemment, chez les enragés en traitement, on voit des douleurs ou des troubles sensitifs survenir au niveau de la cicatrice. M. Pasteur fait alors recommencer les inoculations intensives et tantôt on observe la disparition des symptômes, tantôt la rage se confirme et amène la mort en 10 ou 15 jours. Ces phénomènes, qu'ils aboutissent ou non à la mort, sont d'origine rabique vraie.

La malade que voici a présenté ces phénomènes : mordue à la paupière inférieure droite, vaccinée cinq jours après, elle éprouva, au bout de 18 jours, des signes locaux et généraux de rage. La malade boit, mais elle ne peut tremper les mains dans l'eau froide sans ressentir un spasme brusque avec suffocation ; bien qu'on considérât cette malade comme perdue, on la soumit à de nouvelles vaccinations et peu à peu les symptômes graves ont disparu. Il existe beaucoup de cas analogues. Un savant anglais qui s'était blessé à l'autopsie d'un chien enragé vint se faire inoculer à l'institut Pasteur. Un mois après, élancements au niveau de la blessure et parésie du bras. Le traitement fut repris à nouveau et fit cesser tous les accidents inquiétants. Expérimentalement, on voit sur les animaux des faits analogues. Des chiens inoculés avec des virus très virulents présentent des phénomènes qui donnent à penser que la rage va éclater, puis tout se calme et il ne reste à l'animal qu'une immunité complète. Mais, ce qu'il faut retenir de tout cela, c'est que la culture du virus rabique peut commencer chez l'homme et persister pendant longtemps sans aboutir fatalement à la mort.

M. Féréol. — Ces cas me semblent éclairer d'une nouvelle lumière les cas à incubation très prolongée, comme celui que j'ai rapporté, où elle a été de 2 ans 1/2.

M. Babinski. — Chez des individus mordus par des chiens enragés, on peut voir se développer des troubles nerveux analogues à ceux qui viennent d'être signalés sous la dépendance de l'hystérie ou du nervosisme. La malade de M. Chantemesse est nettement hystérique ; il y a donc ici un diagnostic différentiel à faire, sur lequel je désire attirer l'attention de la Société. L'existence de la névrite ne doit être admise que s'il est démontré que les accidents nerveux en question ne sont pas tributaires de l'hystérie.

M. Chantemesse. — Il y a là plus que les douleurs de la névrite, il y a les symptômes concomitants qui semblent se rattacher nettement à l'infection rabique. J'ai vu déjà un paysan qui, un mois après le traitement d'une morsure, vit la cicatrice devenir violacée et douloureuse, tandis que la peau d'alentour perdait sa sensibilité. On l'a revacciné, tous ces signes ont disparu, il est parti guéri.

M. Laveran. — Dans le cas que je viens de rapporter, l'hystérie a été recherchée. Il n'en existait aucun signe.

M. Raymond. — Il est certainement chez les nerveux des phénomènes qui peuvent simuler la rage. J'en connais 2 cas : l'un relatif à un médecin qui, mordu par un chien enragé, fut pris de phénomènes pseudo-rabiques certainement neuropathiques, car il vit encore ; l'autre concerne un vétérinaire qui fut pris, après morsure par un chien qu'on reconnut enragé à l'autopsie, de douleurs et d'hydrophobie. On fit faire à ce vétérinaire l'autopsie d'un chien en tout semblable, mais non enragé. La constatation de l'intégrité de ce chien suffit à guérir le vétérinaire de ses manifestations rabiques.

M. Dumontpallier demande à M. Chantemesse si la salive humaine a été inoculée et si on la regarde comme virulente à l'institut Pasteur. Ne connaissant pas de faits de cet ordre, il prie M. Chantemesse de le fixer sur ce point.

M. Galliard lit une note sur *le bleu de méthylène et ses propriétés analgésiques.* Il résulte de ses recherches que le bleu de méthylène, peut, par la voie gastrique, à la faible dose de 10 à 20 centigrammes, déterminer des malaises et de l'albuminurie. Il peut, dans quelques cas, amener le déplacement ou la cessation des douleurs, mais son action n'est pas à comparer à celle de l'analgésine.

M. Sevestre présente un garçon de 8 ans atteint au commencement de 1890 de *lésions cutanées tuberculeuses* avec adénite inguinale et axillaire. Rien aux poumons. Le traitement par les injections de naphtol camphré n'a rien donné. Les cautérisations au thermocautère amenèrent au contraire une amélioration rapide et la disparition des ganglions. M. Sevestre conclut que le traitement local est le seul vraiment efficace dans les tuberculoses locales. Le traitement général ne venant qu'en seconde ligne.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 avril 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Terrier lit un rapport sur trois observations de *plaies pénétrantes de l'abdomen,* dont deux d'entre elles sont dues à M. Boiffin (de Nantes), l'autre à M. A. Broca. Les faits de M. Boiffin sont les suivants : 1° Un homme, en 1880, entre à l'hôpital de Nantes avec une ouverture traumatique de la paroi abdominale. Les intestins font hernie sur une longueur de 0,50 centim. Il y a quatre perforations intestinales et des matières intestinales dans la plaie. M. Boiffin sutura les perforations, débrida la plaie pour rentrer l'intestin et ferma la plaie abdominale. Le malade guérit. M. Terrier fait simplement remarquer que cette observation un peu écourtée a dû être rédigée un certain temps après l'opération. Elle remonte, d'ailleurs, à une époque assez reculée. — 2° Un alcoolique de 42 ans a une plaie pénétrante de l'abdomen par instrument tranchant, avec d'autres plaies d'ailleurs (trachée, etc.). M. Boiffin fit la laparotomie, trouva une anse intestinale perforée et du sang dans le petit bassin ; il y avait du mucus intestinal sur les lèvres de la perforation. Le malade était très affaibli, et l'opération avait duré une heure. On injecta un litre de sérum artificiel au niveau du coude droit. Les premiers jours, rien d'extraordinaire. Le 5e, ballonnement du ventre ; quand on fait le pansement, on trouve deux anses intestinales sorties de l'abdomen et constate une péritonite au début. Lavage à l'eau bouillie du péritoine, etc. Mort. M. Terrier ne croit pas, comme M. Boiffin, que ce soit la sortie des anses intestinales qui ait été ici la cause de la péritonite ; dans quelques cas on a observé cet accident et cependant les malades ont guéri, quand le pansement était aseptique. Il trouve aussi le lavage inutile dans ces circonstances ; mais il ne le proscrit pas absolument et la meilleure solution lui semble être celle de NaCl à 7 1/2 0/0, car c'est elle qui altère le moins les éléments anatomiques. — Le cas de M. Broca est plus intéressant. Un malade, ayant été amené à minuit à l'hôpital Bichat, fut examiné 1 h. 1/2 après par M. Broca. Il avait une plaie pénétrante de l'abdomen, mais sans issue d'épiploon, d'intestin, de

gaz, de liquide quelconque par la plaie. A l'aide d'une sonde cannelée aseptique et du doigt, M. Broca constata que la plaie était réellement pénétrante. Sans attendre l'apparition des symptômes, il fit de suite la laparotomie exploratrice, dévida avec grand soin l'intestin, le rentrant au fur et à mesure qu'il sortait une anse nouvelle. Il ne trouva aucune plaie intestinale, fit la toilette du péritoine et draina la plaie pariétale qui avait pu être infectée par l'instrument tranchant (couteau malpropre). Guérison. Pour M. Terrier, on doit toujours agir ainsi — et c'est ce qu'il recommande depuis longtemps — dès que l'on est sûr de son asepsie ; dans le cas contraire, il est bien certain qu'il vaut mieux s'abstenir. Attendre est dangereux, toutes les fois que l'on est certain de la pénétration de la plaie. M. Terrier termine sa communication en citant un grand nombre de plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par la laparotomie et guéries. Donc, chez tout individu qui a une plaie pénétrante, il faut faire immédiatement une laparotomie. Les hôpitaux de Paris devraient tous être organisés de façon à ce qu'il soit possible de faire cette laparotomie aseptique à l'entrée d'un malade à l'hôpital. M. Terrier ne peut accepter qu'on attende un seul instant.

M. Berger a observé récemment dans un cas de plaie pénétrante de l'abdomen une désunion de la paroi abdominale. Le malade a guéri. Le mécanisme lui paraît simple : c'est la péritonite qui est la cause du ballonnement intestinal et c'est celui-ci qui fait sauter les sutures. Dans son cas, la péritonite fut drainée naturellement, ce qui explique le succès. Pour lui, la désunion de la plaie est toujours, dans ces cas, le résultat d'une péritonite antérieure. Il croit devoir s'abstenir du lavage des intestins, car ce lavage est toujours insuffisant, si prolongé qu'il soit. Il ne faut pas perdre son temps à le faire ; on doit nettoyer au fur et à mesure du dévidement de l'intestin. M. Berger n'a pas changé d'opinion depuis la dernière discussion : il n'intervient que lorsqu'il y a des symptômes (sensibilité exagérée de l'abdomen, changement dans l'état général, etc.), c'est-à-dire quand il croit qu'il y a un commencement de septicité péritonéale.

M. Pozzi est absolument de l'avis de M. Terrier : il faut laparotomiser avant l'apparition des symptômes, et ce sera une laparotomie exploratrice que l'on aura à faire. Il vaut mieux faire 10 laparotomies inutiles en semblable occasion qu'une laparotomie qui ne servirait à rien parce qu'elle aurait été trop tardivement pratiquée. Il est très réservé en ce qui concerne les lavages péritonéaux. Quand on lave l'abdomen, le péritoine se desquame avec plus de facilité encore que les lamelles des ailes d'un papillon, surtout quand on emploie les antiseptiques. Il vaut mieux utiliser la solution de NaCl à 7 0/0. Il préfère lui aussi l'asepsie à l'antisepsie pour l'abdomen. En terminant, il insiste sur la façon de faire les sutures intestinales qui doivent être exécutées avec le plus grand soin, la plus grande minutie. La suture de Lembert est désormais reconnue comme insuffisante. Il faut d'abord affronter très exactement la muqueuse par un plan de sutures, de façon à fermer le plus hermétiquement possible la cavité intestinale. Puis on fera par-dessus cette suture muqueuse 1 ou 2 plans de sutures séro-séreuses. La soie est ce qu'il y a de meilleur pour ces sutures, parce qu'elle résiste mieux que le catgut. Il faut se servir d'aiguilles très fines, analogues à celles qui servent pour les sutures de la conjonctive. On devra multiplier les points de suture d'une façon invraisemblable. M. Pozzi, chez une femme qui a subi 3 laparotomies successivement, a fait ainsi des sutures intestinales qui ont très bien tenu.

M. Reclus ne peut admettre l'opinion de M. Terrier. Sur 6 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, il a eu 5 guérisons spontanées, sans intervention ; l'autre cas, qu'il a opéré, est mort. Il ne peut se résoudre à faire une laparotomie qui pourrait n'être qu'exploratrice.

M. L. Championnière appuie les remarques de MM. Terrier et Pozzi. Il faut faire de suite une laparotomie exploratrice. Il ne croit guère à l'utilité des lavages, qui ont seulement pour effet, tout en diluant l'épanchement, de le rendre plus étendu. Il préfère s'en tenir encore à l'antisepsie. En ce qui concerne la suture intestinale, on a certainement mieux aujourd'hui que la suture de Lembert. Mais il ne faut pas oublier que la chirurgie des plaies intestinales est une chirurgie difficile ; quelques déchirures peuvent échapper et on perd ainsi tout le bénéfice de l'intervention.

M. Reclus déclare que cette remarque de M. Championnière montre nettement les dangers de la laparotomie dans ces cas ; comme elle peut être grave, il ne faut la faire que si l'on a la main forcée. Certes, il sent bien que son argumentation est peu solide, qu'elle lui glisse un peu dans les mains ; mais il n'en constate pas moins que sur 6 cas il a eu 5 guérisons en ne faisant rien.

M. Berger est un peu de cet avis. Il n'ouvre pas le ventre sans arrière-pensée, car un péritoine qu'on ouvre ainsi n'est pas sain. Il contient souvent du sang, ne serait-ce que celui fourni par la paroi abdominale ; il y a pénétré de l'air venu de l'extérieur (1), etc. Il croit ne devoir faire la laparotomie que s'il a des raisons sérieuses pour cela. Il n'est pas toujours facile de savoir si une plaie est pénétrante ou non.

M. Terrier. — Pour moi, je trouve que c'est très facile : je prends un stylet aseptique ou me sers de mon doigt. Si l'un des deux rentre dans le ventre, j'en conclus qu'il y a un trou dans la paroi ! Mais je n'ai pas peur d'y aller voir. Si on ne trouve pas de lésions des organes abdominaux, on referme le ventre : on n'a fait là qu'une simple laparotomie exploratrice, si, du moins, on n'a rien laissé échapper à un examen méthodique. Les interventions de ce genre ne donneront certainement qu'une mortalité nulle ou presque nulle. Mais s'il y a des perforations intestinales, une seule même, c'est une autre affaire : le pronostic change du tout au tout, et l'on ne peut comparer ces deux ordres de faits. Si, au contraire, il n'y a qu'une plaie artérielle, le pronostic est moins sombre. Il s'agit là d'opérations délicates, ce n'est pas douteux ; mais, en somme, tout chirurgien doit être à même de pouvoir les faire dans son service d'hôpital. Il préfère de beaucoup l'intervention de l'art à celle de la bonne nature et partage les idées de M. Pozzi sur la suture intestinale : c'est une chose minutieuse qu'il faut apprendre à faire, à laquelle il faut s'exercer. Il répète qu'il ne proscrit pas absolument les lavages, surtout les lavages locaux. Quand une plaie est infectée, il se garderait bien de ne pas employer les antiseptiques, qui arrêtent dans une certaine mesure l'évolution des microbes se trouvant dans la plaie avant l'intervention.

M. le Dentu fait une communication sur des *essais de traitement des tumeurs malignes par la pyoctanine*. Les résultats ont été tout à fait négatifs pour les épithéliomas, qu'on ait employé la pyoctanine en injections dans la tumeur ou en badigeonnages. Les 5 observations suivantes le prouvent : Homme de 52 ans, atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure ; badigeonnages répétés avec une solution à 1 0/0 ; aucune modification. Ulcération de la lèvre chez un homme de 64 ans ; badigeonnages avec la solution à 3 0/0 et injections au-dessous de la plaque ; pas de résultat. Homme de 65 ans, ayant un épithélioma de l'angle interne de l'œil, badigeonnages ; pas de résultat. Epithelioma primitif des ganglions sous-maxillaires ; résultat nul. Epithélioma de langue, traité par les injections interstitielles sans modification.

M. Richelot cite un certain nombre de faits absolument analogues. Toutefois, chez une de ses malades atteinte d'un ostéosarcome du bassin pulsatile, 30 injections interstitielles ont suffi pour amener une diminution de volume assez considérable de la tumeur (6 injections par jour). Une fistule s'est formée par où s'écoule de la sérosité teintée de violet. Malheureusement cette femme, qui n'était pas cachectique, avant les injections, l'est devenue et va de plus en plus mal.

M. Reclus n'a constaté, lui aussi, que des résultats mauvais, quoiqu'il ait pris la peine de faire venir de loin le médicament, qui a été pris à la bonne source.

M. Bazy, dans des tentatives analogues, n'a pas été plus heureux. Il a même constaté que la blennorrhagie n'est pas plus améliorée que le cancer par la pyoctanine.

M. Nicaise présente un malade opéré il y a longtemps déjà d'un *genu valgum par l'ostéoclasie*. Le résultat est superbe.

(1) Lister a pourtant dit, il y a plusieurs mois déjà : « Nous sommes indépendants de l'atmosphère ! »

M. Th. ANGER rappelle qu'il a présenté jadis un malade aussi bien guéri.

M. TILLAUX, qui, le premier, a fait en France l'ostéoclosie manuelle pour *genu valgum*, constate que ce résultat est très beau Mais aujourd'hui il est cependant devenu partisan de l'ostéotomie.

M. BERGER montre un malade qui a subi une *suture de l'olécrâne pour fracture*. Après 1 mois 1/2, le résultat est presque parfait. Jamais un appareil n'aurait donné un résultat semblable. La suture a été faite avec des fils d'argent restés inclus.

M. REYNIER présente une pièce qui tend à prouver que vraisemblablement les *douleurs persistantes après les laparotomies sont dues à des adhérences intestinales*.

Marcel BAUDOUIN.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 27 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. Henri MONOD, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, fait connaître que l'*épidémie de rougeole* signalée à Auxerre sévit exclusivement dans la garnison, aucun cas ne s'étant produit, jusqu'au 23 avril, dans la population de cette ville.

M. le Dr PROUST annonce au comité que le *Comorin*, qui ramène des troupes de l'Extrême-Orient, est passé à Suez dans un *état sanitaire* satisfaisant. Les nouvelles de Syrie paraissent favorables ; les décès qui ont été observés au sud du vilayet d'Alep ne semblent pas dus au choléra. Le nombre des indigents qui se rendent au pèlerinage de La-Mecque devient de plus en plus considérable. Des mesures devraient être prises pour diminuer le nombre de ces indigents, qui offrent un danger sérieux au point de vue de l'importation des maladies transmissibles. Un décret de la République Argentine impose une quarantaine de dix jours à toutes les provenances de Rio-Janeiro, où règne la fièvre jaune. Un cas de cette maladie a été également constaté à Pernambouc. L'état sanitaire de Bahia et de ses environs s'est sensiblement aggravé. La fièvre paludéenne et la fièvre jaune y sévissent et font de nombreuses victimes.

Des projets d'*adduction d'eau* sont rapportés par MM. BERGERON, POUCHET, BOURNEVILLE, THOINOT. Deux projets, ceux intéressant la ville de Cherbourg et la commune de Roquevaire (Bouches-du-Rhône), ont été l'objet d'avis défavorables, par suite du peu de garantie de pureté qu'offrent les eaux dont les projets provoquent la distribution.

La discussion s'engage ensuite sur le projet de loi relatif à la *protection de la santé publique*. M. le Dr MARTIN est nommé rapporteur.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 16 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. MANOUVRIER fait une communication *sur l'évaluation de la taille d'après les os longs des membres*. Il a étudié cette question au double point de vue de l'anthropologie pure et des recherches judiciaires. Il s'agit soit d'évaluer la taille des populations préhistoriques dont il ne reste que des ossements, soit de reconstituer la taille d'individus isolés, notamment dans les cas de dépeçage criminel. M. Manouvrier énumère et examine successivement les causes d'erreur qui interviennent dans l'application des tableaux dressés jusqu'alors, ceux d'Orfila, de MM. Topinard et Rollet. M. Manouvrier a étudié l'année dernière des séries d'individus sous les noms d'*échassiers* et de *courtes-cuisses*, termes très figuratifs, mais scientifiquement impropres, inexacts et incommodes remplacés cette année par les termes *macroskèles* et *brachyskèles*. Les matériaux employés ont été excellents, les chiffres, recueillis par M. Etienne Rollet, ont été complètement remaniés et remis en œuvre, de façon à faire disparaître les causes d'erreur dont il vient d'être question. Aussi les erreurs commises en reconstituant la taille à l'aide du tableau suivant peuvent être considérées comme négligeables, lorsqu'il s'agit de reconstituer la taille moyenne d'un groupe même très faible d'individus quels que soient leur race, leur taille, leur sexe et leur âge. Pour opérer cette reconstitution, il suffit de calculer la moyenne arithmétique des longueurs des os mesurés (une moyenne pour chaque sorte d'os) et de multiplier ce chiffre moyen par le coefficient qui correspond, dans le tableau, à la longueur moyenne qui se rapproche le plus du chiffre moyen obtenu. On ne doit intercaler aucun coefficient entre ceux du tableau sous peine d'augmenter les chances d'erreur, loin de les diminuer. Si l'on a un chiffre exactement intermédiaire entre deux des longueurs moyennes figurant dans le tableau, il faut adopter comme règle que l'on se servira du coefficient moyen de l'os, celui du groupe médian.

Voici le tableau dressé par M. Manouvrier.

Coefficients pour l'évaluation de la taille d'après les os longs des membres.

OS ♂	FÉMUR		TIBIA		PÉRONÉ	
	Millim.		Millim.		Millim.	
Grands	475	× 3.61	389	× 4.40	383	× 4.47
Moyens	446	3.73	368	4.53	363	4.66
Petits	422	3.85	346	4.70	344	4.72
OS ♀	Millim.		Millim.		Millim.	
Grands	436	× 3.66	352	× 4.53	346	× 4.60
Moyens	408	3.78	329	4.70	325	4.74
Petits	388	3.83	309	4.79	307	4.82

OS ♂	HUMÉRUS		RADIUS		CUBITUS	
	Millim.		Millim.		Millim.	
Grands	344	× 5.10	255	× 6.69	273	× 6.32
Moyens	328	5.20	243	6.94	260	6.42
Petits	313	4.99	229	7.05	246	6.57
OS ♀	Millim.		Millim.		Millim.	
Grands	313	× 5.09	226	× 7.08	243	× 6.56
Moyens	292	5.25	211	7.22	228	6.69
Petits	279	5.34	203	7.36	217	6.89

La taille obtenue est celle du cadavre, supérieure de 2 ou 3 centimètres en moyenne à celle du vivant.

Si l'on opère sur des os secs dépourvus de leurs cartilages articulaires, la taille obtenue est trop faible de 1 centimètre environ, différence en sens contraire de la précédente.

Les divers os longs des membres ont à peu de chose près la même valeur au point de vue de la reconstitution de la taille. On peut donc sans inconvénient sensible adopter comme taille moyenne la moyenne des résultats obtenus avec tous les os. Lorsqu'il s'agit de reconstituer la taille d'un individu isolé dont on possède plusieurs os longs, le fémur et l'humérus par exemple, il y a quelque avantage à prendre la moyenne des tailles fournies par les deux os. On ne diminue pas ainsi les chances d'erreur comme on pourrait le croire. M. Manouvrier a montré, en effet, que lorsque le fémur est long relativement à la taille, il en est presque toujours de même pour le tibia et aussi pour les os du membre supérieur. Mais les erreurs augmentées par l'emploi de plusieurs os sont les erreurs très faibles, tandis que les erreurs diminuées sont les erreurs très grandes qu'il importe le plus d'éviter.

Quant au degré de précision des résultats, il peut être considéré comme supérieur à celui qu'on obtiendrait en mesurant directement les squelettes montés et complets des individus dont on cherche la taille. Cela est vrai lorsqu'il s'agit de reconstituer la taille moyenne d'une population. Mais il importe beaucoup, pour les médecins légistes, de savoir avec plus de précision à quoi s'en tenir sur les risques d'erreur qu'ils encourent dans les cas particuliers sur lesquels ils sont exclusivement consultés. Le tableau suivant les édifiera complètement à ce sujet. Il indique le nombre des erreurs, exprimées en centimètres, qui ont été commises en opérant séparément sur chacun des 49 individus, hommes et femmes, qui ont servi à dresser le tableau des coefficients.

Erreur en centim.	Fémur.	Tibia.	Fémur et Tibia.	Humérus.	Radius.	Humérus et Radius.	Association des 4 os.	Péroné.	Cubitus.
0	9	2	5	1	4	7	8	4	9
1	11	12	14	16	8	13	15	10	8
2	5	10	6	7	8	7	5	10	9
3	8	5	8	6	7	11	10	7	4
4	5	4	6	9	8	3	5	3	5
5	5	7	7	1	6	5	3	5	2
6	3	3	2	3	2	1	1	3	5
7	»	2	»	1	4	»	»	4	3
8	1	1	»	2	»	»	1	3	2
9	»	2	1	»	»	1	1	»	1
10	1	1	»	»	1	»	»	»	1
11	»	»	»	»	»	1	»	»	1
12	»	»	»	»	»	»	»	»	»
13	»	»	»	»	1	»	»	»	»

Dans les moyennes, ces erreurs, étant tantôt en + et tantôt en —, se font mutuellement équilibre.

Dans les cas particuliers qui intéressent surtout les médecins légistes, le nombre des erreurs insignifiantes, c'est-à-dire inférieures à 4 centimètres, dépasse la moitié des cas. Le nombre des erreurs plus ou moins graves, c'est-à-dire supérieures à 7 centimètres, est minime. Mais il importe de savoir que ces erreurs peuvent être commises et qu'elles peuvent aller jusqu'à faire attribuer une grande taille à un sujet qui avait une petite taille ou inversement.

Ces rares erreurs ne disparaîtraient nullement si l'on possédait un nombre d'observations assez grand pour calculer un coefficient moyen pour chaque longueur des os.

M. M. Duval présente un travail important de M. Alexis Julien sur la *loi de la position des centres nerveux*. En examinant attentivement les trois types de position chez les Rayonnés, les Annelés, les Mollusques et les Vertébrés, l'auteur dégage la loi biologique suivante : il y a un rapport constant entre la position des principaux centres nerveux et celle des principaux organes sensoriels et locomoteurs. Comme corollaire de cette loi, contrairement à l'opinion d'Ampère et d'Et. Geoffroy Saint-Hilaire, il résulte que le Vertébré n'est pas plus un Annelé retourné que l'Annelé n'est un Vertébré retourné. — M. Hervé estime que l'idée de Geoffroy Saint-Hilaire n'est pas complètement à rejeter morphologiquement parlant et dans le sens des pièces homologues. M. Julien dit que sa loi s'applique aux centres nerveux, le cerveau est dorsal chez les Annelés. Ce travail sera continué et l'auteur s'appliquera à dégager les faits d'évolution et le pourquoi des choses.

M. Cl. Royer présente et décrit une collection de *fétiches congolais*, à type parfois nègre, ornés de facettes de glace, de mèches de cheveux, etc., parfois en forme de cornes, de mannequins ou de bêtes grossièrement sculptées en bois.

M. Hervé ne voudrait pas qu'on tire une conclusion d'une ressemblance physique plus ou moins fortuite du type de ces fétiches.

M. A. de Mortillet cite l'usage des glaces en Italie pour renvoyer la *jettatura*, le mauvais regard. Les chevaux en Italie portent souvent sur eux une petite glace entourée de poil de blaireau.

M. Bonnemère rappelle la même superstition dans l'ouest de la France, où les chevaux sont protégés par une touffe de poils de blaireau qu'ils portent sur le dos. On fait quantité de remèdes avec de la graisse de blaireau.

M. Sanson rappelle les boucs fétiches du troupeau dans certains pays et les madones fétiches en Italie, équivalent des fétiches congolais. On couvre les uns et les autres pour les empêcher d'assister à une mauvaise action.

M. d'Acy présente de belles *pièces préhistoriques*, haches et gaine en os de cerf, silex, etc., du département de la Somme.

M. Capus offre un album de 80 croquis, d'après nature, des types de tombeaux de l'Asie centrale. C'est une monographie iconographique du *cimetière musulman* en Asie centrale.

M. Fauvelle présente et décrit, en le comparant au type actuel, un crâne de *Bos quaternaire*.

Une discussion s'engage entre MM. Hervé, Sanson, de Mortillet et Deniker sur la distinction terminologique entre le *Bos primigenius*, l'Aurochs et le Bison, donnant lieu à des amphibologies de langage scientifique. Tandis qu'en France, Italie et Suisse, l'*Urus* représente le *Bos primigenius* et l'aurochs le *Bison europaeus*, en Allemagne c'est l'inverse. Il faut s'entendre. Les Slaves appellent *tour* le bœuf en général et réservent le nom de *zoube* au bison.

M. P. Raymond présente des *objets préhistoriques* découverts par lui dans le département de l'Ardèche. Il y a là des silex moustériens et de l'époque magdalénienne, ainsi qu'un anneau en bronze, peut-être en cuivre plus ou moins pur. Les gisements appartiennent à des abris sous roche, à des grottes ou à des dolmens. Dans ceux-ci on trouve des objets d'une époque de transition. M. Raymond donne des renseignements intéressants sur l'ensemble des études à faire dans cette contrée.

M. Vinson explique, en la déterminant, la *signification d'une curieuse statuette représentant l'incarnation de Vichnou.*

G. Capus.

VARIA

Conseil d'Hygiène et de Salubrité de la Seine.

La Souillure des eaux par les bateaux-lavoirs. — A propos d'une demande d'un maître de bateau-lavoir de Charenton qui désire remplacer la coulerie de son établissement détruite lors de la dernière débâcle des glaces, M. Riche, chargé de la question, a voulu consulter le Conseil. A son avis, *on ne devrait pas autoriser de lavoir* sur la Marne ou sur la Seine *en amont de Paris.*

M. Jungfleisch a rappelé qu'il avait pratiqué des inoculations après culture de bacilles recueillis en aval des bateaux-lavoirs : les résultats obtenus ont été effrayants, et cela se conçoit sans peine, puisque les linges souillés par des malades atteints d'affections contagieuses y sont lavés sans avoir subi aucune désinfection. Un long débat s'est engagé sur le point de savoir si l'on devait ou non accorder l'autorisation sollicitée de rétablir le lavoir détruit. MM. Schutzenberger et Chatin ont fait remarquer qu'on ne saurait refuser à l'un ce que l'on accorde à l'autre, mais en ajoutant qu'il y avait lieu de refuser à l'avenir les demandes de création de bateaux-lavoirs qui viendraient à se produire. On a fait observer que les lavoirs sur le fleuve sont de très anciennes propriétés qui se transmettent régulièrement. On avait pensé, pour arriver à la suppression complète des bateaux-lavoirs, de les faire disparaître un par un au moyen d'un tirage au sort : les autres propriétaires de bateaux devaient indemniser celui qui aurait été désigné. De vives et nombreuses protestations s'élevèrent et le projet fut abandonné. En tout cas, plusieurs membres ont été d'avis qu'on devait profiter de la situation pour résoudre la question qui se présente sous un nouvel aspect : il y a au plus cinq ou six ans, en effet, que les faits de contamination de l'eau par les bateaux-lavoirs sont établis d'une façon certaine. La question de l'alimentation en eau de Seine des communes de la banlieue doit revenir bientôt en discussion ; il conviendra de se souvenir qu'au moment où la concession a été accordée on ne savait pas à quels dangers on exposait les riverains. — Finalement, il a été décidé que M. Riche déposerait à la prochaine séance un rapport résumant ces observations.

Le Fleurage du Pain. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine a entendu aussi un rapport de M. Planchon sur une pétition contre l'*emploi de la sciure de bois pour le fleurage du pain.* Les pétitionnaires pensent que « la santé publique peut avoir à souffrir de cet emploi » ; ils ajoutent que « deux industries respectables et utiles, la meunerie et la féculerie, se trouvent lésées par cette intrusion malhonnête de la sciure. » Pour enfourner la pâte du pain, les boulangers ont l'habitude de répandre sur leur pelle une poudre qui empêche l'adhérence de la pâte : c'est ce qu'on appelle le *fleurage*. Cette poudre était jadis composée de son, de remoulage, de farine, de féveroles. A côté de ces poudres, on trouve un fleurage économique qui est tout simplement de la sciure de bois, principalement celle du chêne. Le rapporteur dit que la poudre de chêne ne présente pas un danger pour la santé, puisqu'elle n'a en elle aucune matière nuisible : c'est tout au plus une substance indifférente. Le fleurage n'entrant pas du tout dans le pain, le rapporteur en arrive à penser qu'il n'y a aucun inconvénient à l'usage de cette substance économique. Ce rapport a été adopté, et le Conseil a émis le vœu que l'Administration surveillât l'emploi de la sciure de bois, afin d'empêcher les boulangers de se servir de sciure souillée ou suspecte.

La Tuberculose et les Charlatans.

Un sieur Jeannoutot a imaginé de soumettre les tuberculeux à des inhalations de vapeurs provenant d'un mélange de créosote, de

goudron de hêtre, d'essence d'eucalyptus globulus, d'essence de thym, d'essence de cannelle de Chine et d'essence d'amandes amères. Il revendiquait la paternité de cette méthode de traitement et en faisait célébrer les avantages par divers journaux. Un journal américain fut le premier à annoncer la méthode du docteur Jeannoutot. Et le guérisseur donnait son adresse : 55, avenue des Champs-Elysées.

Les interviewers vinrent nombreux au domicile de Jeannoutot, et on put lire plusieurs articles très élogieux. En outre, Armand Jeannoutot avait fait annoncer qu'il avait fondé un Institut antituberculeux et que, pour loger tous ses malades, il avait demandé au ministre de la guerre de vouloir bien mettre à sa disposition un poste-caserne. Si Armand Jeannoutot avait borné son ambition à la fondation de l'Institut antituberculeux, peut-être n'eût-il pas éveillé l'attention de la police. Mais le grand guérisseur, qui avait déjà attiré à lui plusieurs malades — *voire un général de brigade* (1) ! — voulut jouer au médecin soldat. Il avait l'habitude de se promener vêtu d'un uniforme de médecin-major de 1re classe, la poitrine constellée de décorations. Lorsqu'il endossait l'habit civil, il attachait à sa boutonnière le ruban de la Légion d'honneur. Tant d'honneurs éveillèrent des soupçons.

On procéda enfin à une enquête. Aussi a-t-il été arrêté. Il a prétendu qu'il avait réellement le diplôme de docteur en médecine, mais il lui a été impossible de produire cette pièce. Armand Jeannoutot a été écroué au dépôt de la préfecture. (*Temps*).

Nous verrons à combien il sera condamné !

Le stage obstétrical à la Faculté de médecine de Paris.

Après avoir reproduit le règlement relatif au stage obstétrical à la Faculté de médecine, la *Tribune médicale* dit qu'elle souscrit absolument aux très judicieuses remarques faites par nous et, après les avoir citées, elle ajoute :

« Mais ne voyez-vous pas cher *Progrès*, que c'est toujours la même chose, quand il s'agit d'*enseignement clinique* : c'est l'enseignement sacré, personne n'y doit toucher, c'est-à-dire participer, en dehors du professeur titulaire. Qu'un *enseignement clinique obstétrical* soit institué par le Conseil municipal, et qu'un projet soit lancé, à cet effet, à côté du projet en cours, d'un enseignement clinique complémentaire par les médecins des hôpitaux... Oh ! alors... vous verrez se dresser les oreilles officielles... jusqu'alors sourdes et reposant tranquillement sur le mol oreiller du *statu quo*. »

IIe Congrès pour l'Étude de la Tuberculose.

Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès qui aura lieu à Paris, du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. le professeur Villemin, sont les suivantes :

1° *De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des Bovidés, des Gallinacés et autres animaux* ; 2° *Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose* ; 3° *De l'hospitalisation des tuberculeux* ; 4° *Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale* ; 5° *Des agents capables de détruire la bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.*

Adresser les adhésions et un mandat postal de 20 francs à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain. Ce qui concerne les communications, à M. le Dr L.-H. Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

Enseignement municipal de la Médecine : Marseille et Paris.

La *Tribune médicale* signale à ses lecteurs le vote du Conseil municipal de Marseille, rappelle l'ancien rapport de notre ami M. Malassez sur un projet de création d'une Faculté de médecine dans cette ville et, après avoir reproduit les conclusions votées par le Conseil municipal de Marseille, ajoute :

« Nous félicitons hautement la ville de Marseille et son Conseil de cette initiative, et nous lui adressons tous nos vœux pour sa rapide et pleine réussite.

« Nous voudrions en pouvoir faire autant à l'égard du Conseil municipal de Paris que nous savons cependant animé des meilleures dispositions, qu'il ne demanderait pas mieux, sans doute, de mettre en pratique, si les... Byzantins de la Faculté de médecine et de la Société médicale des hôpitaux ne se plaisaient à semer les embarras et les difficultés sur cette voie ouverte d'un progrès si désirable. »

(1) Est-elle assez jolie, celle-là !

Cours pour les Infirmières.

« Plusieurs des professeurs de la Société nationale d'Hygiène d'Angleterre, dit *The Journal of the Americ. Med. Association* (28 février 1891, p. 319), font actuellement des cours d'infirmières dans les provinces : A Horstead, pour Lady Berkbeck, à Dedbury et à Norwich, pour Lady Henry Somerset, etc. Les cours sont suivis par des centaines de dames. Les « leçons familières » sont surtout faites à l'intention des ouvrières des districts, et la plupart des paysannes et mères de famille montrent un ardent désir de mieux connaître les moyens de donner des soins plus habiles à leurs malades.

« La coopération, écrit le même journal, s'est maintenant étendue en Angleterre à la profession d'infirmière. Quelques infirmières ont combiné un plan qui leur permettra de recevoir complètement leurs propres gages, moins une légère diminution pour les dépenses de fonctionnement. Elles sont certaines de devenir de bonnes infirmières, car elles ont comme directrice Miss Hick, l'ancienne directrice d'Ormond-Street Hospital. On dit que les infirmières qui gagnent 2 guinées par semaine ne reçoivent quelquefois pas plus de 20 livres par an. »

Nous rappelons, à ce propos, que les cours des Ecoles municipales, depuis leur création, ont toujours été ouverts gratuitement et le sont encore à toutes les mères de famille.

L'assistance des femmes enceintes.

Une œuvre intéressante et que nous croyons devoir signaler à l'attention du public médical, est l'œuvre d'assistance des femmes enceintes, qui vient de se fonder, sous les auspices de la Société, pour la propagation de l'allaitement maternel (1).

« La femme enceinte, écrivait le Professeur Pinard, est considérée à l'heure actuelle par la Société, par l'administration de l'assistance publique, comme une femme valide « pouvant et devant subvenir à ses besoins. »

Depuis quelque temps, grâce aux efforts de M. Strauss, conseiller municipal, à l'initiative de M. le Professeur Pinard, de Mme Léon Béquet, née de Vienne, l'infatigable propagatrice de l'allaitement maternel, la question de l'assistance des femmes enceintes est à l'ordre du jour.

Dans la séance du 27 décembre 1890, le Conseil municipal a alloué à l'œuvre de l'allaitement une somme de 20.000 fr pour fonder un refuge pour les femmes enceintes. En même temps, la Ville faisait la location d'un immeuble situé au n° 203 de l'Avenue du Maine, c'est-à-dire à proximité des cliniques d'accouchement et de la maternité. C'est à cette place que s'élèvera bientôt le refuge de l'allaitement maternel.

Les femmes parvenues au 7e mois de leur grossesse y seront admises. Un comité de dames patronnesses s'occupera de leur procurer un travail facile, dont le produit leur *sera remis intégralement à la sortie*. Au terme de la grossesse la femme sera dirigée sur une maternité où elle accouchera. Si l'on considère que cette femme aura été soumise, pendant tout le temps qu'elle aura passé au refuge, à une hygiène rigoureuse, qu'elle aura été surveillée tant au point de vue de son état de grossesse qu'au point de vue spécial de l'antisepsie, on comprendra immédiatement l'intérêt qui s'attache à cette nouvelle fondation.

Nous prions nos confrères de vouloir bien, par leur adhésion à cette œuvre essentiellement humanitaire, par la propagande utile qu'ils peuvent faire dans leurs relations, joindre leurs efforts aux nôtres et nous aider efficacement dans la tâche que nous avons entreprise.

Les adhésions seront reçues *au siège de la Société, rue de Sèvres*, 45 et chez le Dr *Barbézieux*, 95, *rue Denfert-Rochereau*. Les membres adhérents versent une somme de 12 fr. par an à titre de cotisation ; les membres perpétuels donnent un capital de 100 fr. une fois versé.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 4. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Jalaguier, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Reynier, Retterer. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Déjerine. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Terrillon, Kirmisson. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Marie.

(1) Fondée en 1876, reconnue d'utilité publique en 1880 ; Dr Cadet de Gassicourt, Président.

MARDI 5. — Dissection : MM. Polaillon, Schwartz, Remy. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Cornil, Mathias-Duval, Poirier. — 4e de Doctorat : MM. Bouchard, Debove, Gilbert. — 5e de Doctorat (1re partie) (Charité) (1re Série) : MM. Le Fort, Nélaton, Bar. — (2e Série) : MM. Guyon, Tarnier, Campenon. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Chantemesse.

MERCREDI 6. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Segond, Poirier. — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Gley, Retterer. — 3e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Terrillon, Ricard, Ribemont-Dessaignes.

VENDREDI 8. — Dissection : MM. Farabeuf, Retterer, Reynier. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Poirier, Ricard. — 5e de Doctorat, (1re partie) (Charité) : MM. Tillaux, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) (1re Série) : MM. Potain, Déjerine, Netter. — (2e Série) : MM. Grancher, Straus, Brissaud.

SAMEDI 9. — Médecine opératoire : MM. Le Dentu, Nélaton, Poirier. — 2e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Letulle. — 3e de Doctorat, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz. — (2e partie) : MM. Peter, Debove, Chantemesse. — 4e de Doctorat : MM. Laboulbène, Ballet, Hanot. — 5e de Doctorat (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re Série) : MM. Panas, Humbert, Maygrier. — (2e Série) : MM. Duplay, Campenon, Bar. — (2e partie) : MM. Cornu, Legroux, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MARDI 5. — M. Letanneur. Contribution à l'étude du traitement de quelques affections du larynx. — M. Cordonnier. Des couleurs d'aniline en thérapeutique oculaire. — M. Rivière. Contribution à l'étude clinique des aboulies et principalement de l'aboulie neurasthénique. — M. Szysgal. Etude sur la loi de régression dans la démence. — M. Hautecœur. Etudes sur les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques. — M. Mallet. Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique.

MERCREDI 6. — M. Dimey. Etude sur le chancre syphilitique du sein. — M. Letort. Les troubles de la marche chez l'enfant. — M. Calligari. Des indications de la suture osseuse dans les fractures de la clavicule. — M. Libert. De la réduction de la luxation de la hanche en avant par la méthode de douceur.

Enseignement médical libre.

Maladies de l'appareil urinaire. — M. le Dr H. PICARD, le lundi et vendredi, à 5 heures, à sa Clinique, 16, rue Dauphine.

Hypnotisme. — M. le Dr BÉRILLON, le mardi et le samedi à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS, ancien interne des hôpitaux, fera à sa Clinique, 15, rue Malebranche, un cours sur les maladies des *voies urinaires*, complet en 15 leçons. Il le commencera le lundi 4 mai, à 4 h. 1/2, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants. Pour les renseignements s'adresser, 15, rue Malebranche.

Maladies des yeux. — M. le Dr KOENIG : Conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux.* Amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le samedi et le mardi à 8 heures du soir. A la fin de chaque conférence, exercices pratiques d'ophtalmos-copie, présentation de malades.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — MM. les Drs LUBET-BARBON et Alfred MARTIN commenceront un cours particulier pour les maladies du larynx, des oreilles et du nez le mardi 5 mai, à 1 h. 1/2, et le continueront les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. La durée du cours est de deux mois. Pour les renseignements, s'adresser à la clinique, 19, rue des Grands-Augustins, le mardi, jeudi et samedi, de 2 à 4 heures.

Technique microscopique. — M. le Dr G. DUBAR, préparateur du laboratoire de la clinique chirurgicale de la Charité, a recommencé son cours de *Technique microscopique de manipulations pratiques*, le lundi 27 avril, à 8 heures du soir.

Histologie. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du Laboratoire d'histologie de la Charité, recommencera les cours suivants : 1° Le 14 mai, à 4 heures, technique microscopique générale et diagnostic d'anatomie pathologique ; 2° le 19 mai, à 2 heures, bactériologie pratique et technique spéciale, avec manipulations. Ces cours essentiellement pratiques sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses exigées journellement par la pratique médicale. Tous les instruments nécessaires (microscopes, étuves, stérilisateurs) sont à leur disposition. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire* : MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* ont commencé le lundi 6 avril 1891, à quatre heures. — 2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr BOURCY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Cours de Biologie. — Professeur, M. G. POUCHET, à l'hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY, médecin de l'hôpital Laënnec, le jeudi 30, à 10 heures.

Dermatologie. — M. HALLOPEAU, le dimanche, à 10 heures du matin.

Dermatologie (Hôp. St-Louis). — Service de M. Ernest BESNIER : Pendant les mois d'avril, mai, juin. — *Lundi*, à 9 h. 1/4, salle et laboratoire Alibert, clinique dermatologique et syphiligraphique. — *Mardi*, 9 h., laboratoire Alibert, Policlinique : Opérations dermatologiques (lupus, acnés, etc.). — *Mercredi*, 9 h., laboratoire Alibert, Policlinique : Maladies du système pilaire, Dermatophyties. — *Vendredi*, 8 h. 1/2. Consultation externe.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMAN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredis et samedis à la même heure.

Clinique chirurgicale infantile : — M. le Dr de SAINT-GERMAIN, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, a repris ses leçons cliniques le jeudi 23 avril, à 9 heures.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. RICHELOT (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2. Visite des malades, à 9 heures, à la salle Civiale.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Table à trois étagères pour l'anesthésie chloroformique dans les salles d'opérations ;

par M. le Docteur Maurice PÉRAIRE.

Cette table, qui devrait exister dans tous les services chirurgicaux de Paris, a été construite, selon nos indications, pour l'hôpital Bichat (service de M. le Dr F. Terrier).

Elle est en fer creux et en tôle recouverts d'une couche de peinture vernissée facile à nettoyer. Elle se compose de trois étagères : sur la première étagère on place un plateau de fer blanc ou de nickel à trois compartiments. L'un des compartiments est destiné à la pince à langue et aux éponges montées. Le second est rempli de compresses sur lesquelles on versera le chloroforme ; et le troisième contient les flacons *colorés* de chloroforme, flacons hermétiquement bouchés, ne devant être ouverts qu'au moment où l'on commencera l'anesthésie du malade (1). Sur l'étagère moyenne, on place la pile électrique qui devra servir en cas d'accident. Et, enfin, sur l'étagère inférieure, un broc plein d'eau chaude, quelques serviettes et un marteau de Mayor.

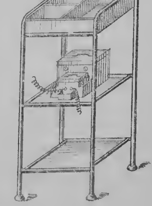


Fig. 26. — Table pour anesthésie chloroformique à trois étagères.

L'aide chargé de l'anesthésie chloroformique place la table à côté de lui et a ainsi sous sa main tous les accessoires propres à un bon chloroformisateur. Elle nous paraît destinée à combler une lacune ; car rien n'est plus pénible que de voir, au moment où l'on va commencer l'anesthésie, les infirmiers et les infirmières

(1) Sur le mode d'anesthésie à préférer, voir : Baudouin (Marcel) : *De la chloroformisation à doses faibles et continues.* (*Gaz. des Hop.*, 7 et 14 juin 1890.)

courir d'une salle à l'autre à la recherche du chloroforme ou de la pince à langue ou des éponges montées ; et, en cas d'accident, demander dans les services voisins de l'eau chaude, un marteau ou une pile électrique absolument introuvables.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 19 avril 1891 au samedi 25 avril 1891, les naissances ont été au nombre de 1206 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 457 ; illégitimes, 175, Total, 632. — *Sexe féminin :* légitimes, 422 ; illégitimes, 152, Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 avril 1891 au samedi 25 avril 1891, les décès ont été au nombre de 1157 savoir : 631 hommes et 526 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4, T. 7.— Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 15, F. 22, T. 27. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 4, T. 8 — Diphtérie, Croup : M. 22, F. 15, T. 37. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 91, T. 222 — Autres tuberculoses : M. 18, F. 13, T. 31 — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 6, T. 9 — Tumeurs malignes : M. 12, F. 28, T. 40. — Méningite simple : M. 22, F. 19, T. 41. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 35, F. 28, T. 63. — Paralysie : M. 8, F. 4, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 7, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 22, T. 51. — Bronchite aiguë : M. 20, F 14, T. 34 — Bronchite chronique : M. 20, F. 22, T. 42. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 17, T. 38 — Pneumonie : M. 39, F. 37, T. 76. — Gastro-entérite, biberon, M. 26, F. 13, T. 39. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 2, T. 15. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. -- Débilité congénitale : M. 23, F. 13, T. 36 — Sénilité : M. 19, F. 18, T. 37.— Suicides : M. 14, F. 8, T. 22. — Autres morts violentes : M. 8, F. 3, T. 11. — Autres causes de mort : M. 108, F. 101, T. 209 — Causes restées inconnues : M. 9, F. 5, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 97, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 41, illégitimes, 10. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 32, illégitimes, 14. Total : 46.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Ecole pratique). — *Exercices opératoires.* Sous la direction de M. POIRIER, Chef des Travaux anatomiques. (Quatrième Cours). — M. le Dr REGNAULD, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'Anatomie, fera sa première démonstration, le lundi 4 mai 1891, à 1 heure précise, Pavillon n° 3.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — M SCHMITT, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de thérapeutique et matière médicale à la Faculté de médecine de Nancy. M. BARABAN, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur d'histologie à la même Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — *Nomination des délégués au Conseil général des Facultés.* — Le corps enseignant de la Faculté de médecine s'est réuni, vendredi 10 avril, pour élire deux délégués au Conseil général des Facultés. Sur 22 votants, ont obtenu : M. Charpy, 19 voix ; M. Labéda, 16 ; M. Chalot, 4 ; M. Mossé, 1 ; M. Tapie, 1 ; divers, 3. En conséquence MM. Charpy et Labéda ont été proclamés délégués. — On a remarqué avec surprise que ni la Société de médecine, ni le corps médical, ni la presse médicale n'avaient été invités à la petite fête de famille organisée par MM. Perroud et Caubet à l'occasion de l'inauguration de la Faculté de médecine de Toulouse. (*Gaz. des Hôpitaux de Toulouse*). — Le Conseil général de la Haute-Garonne vient, sur la proposition du préfet, de voter l'inscription d'un crédit annuel de 3,000 francs au budget du département pour la création d'un cours d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en médecine.* — Les membres du jury du prochain concours de médecine (2e de 1891) sont sous réserve d'acceptation : MM. Chauffard, Hérard, de Beurmann, Brissaud, Cadet de Gassicourt, Roques, et Le Dentu. — *Concours du Bureau central d'accouchements.* — Les membres du jury de ce concours sont, sous réserve d'acceptation : MM. Marchand, B. Anger, Guéniot, Désormaux, Ribemont, Landrieux et Pozzi.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DE LONDRES. — *Délégation du Conseil d'Hygiène de la Seine.* — MM. les Drs Lancereaux, Brouardel, Rochard, Léon Colin, Nocard et MM. Schutzenberger, MM. Bezançon, Léon Faucher, Jungfleisch et Voisin, membres du conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, viennent d'être désignés par ce Conseil pour les représenter au Congrès international d'Hygiène et de Démographie qui doit se tenir à Londres du 10 au 17 août prochain.

CONGRÈS DES OTOLOGISTES ET LARYNGOLOGISTES BELGES. — La prochaine réunion des otologistes et laryngologistes belges aura lieu, sous la présidence de M. le docteur Capart, le 17 mai, à 2 heures de relevée, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles (salle de clinique des maladies de la gorge).

CONFÉRENCE SUR L'HÔPITAL DE PEN BRON A ANGERS. — La semaine dernière, a eu lieu, à la mairie d'Angers, une conférence sur l'hôpital maritime de Pen Bron. La réunion était présidée par M. le Dr Lieutaud, président de la Société de médecine. Sur l'estrade, le directeur de l'Ecole de médecine d'Angers, MM. les Drs Gripat, Guignard, Grille et le conférencier M. Pallu. M. Gripat a fait une conférence sur la tuberculose; puis M. Pallu a retracé l'histoire de l'hospice marin de Pen Bron.

FÊTES UNIVERSITAIRES DE LAUSANNE. — Le conseil général des Facultés et Ecole de pharmacie de Paris a tenu lundi dernier sa séance mensuelle à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Il a réglé, entre autres questions, l'envoi d'une délégation aux fêtes qui auront lieu dans le courant du mois prochain à Lausanne, à l'occasion de la transformation de l'ancienne Académie de cette ville en Université. Ces délégués seront : MM. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie ; Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; Colmet de Santerre, doyen de la Faculté de droit ; Lannelongue, Richet et Straus, professeurs à la Faculté de médecine. M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, se joindra à la délégation.

FIÈVRE JAUNE AU BRÉSIL. — D'après une nouvelle que le gouvernement anglais a reçu de Rio de Janeiro, la fièvre jaune s'étend au Brésil.

INFIRMIÈRES ARISTOCRATIQUES. — Pour prouver combien soigner les malades devient un acte *fashionable*, le *Bristish medical journal* annonce que la princesse Hélène Cusa accorde ses soins à des malades de l'Hôpital des Enfants ; la comtesse Asta Blucher a soigné les invalides du capitaine Wissman à Zanzibar ; Mlle Godolphin Osborne, nièce du duc de Leeds, est surveillante de l'Hôpital d'incurables de M. Leamington ; Mme Leveson Gower donne ses soins à l'hôpital central ; Mme Amberly et la baronne Ebba Bostron ont fait, il y a quelques années, un stage à l'Hôpital de Sainte-Marie, à Paddington (*Mercredi médical*).

LES FEMMES PHARMACIENNES EN RUSSIE. — Le conseil de l'Empire vient d'être saisi d'un projet aux termes duquel les femmes seronta dmises à exercer la profession de pharmaciennes. Des cours seront ouverts dans chacune des Universités russes, où les jeunes filles et les femmes, âgées de 16 ans au moins et de 40 ans au plus, seront admises à étudier la pharmacie et pourront, après trois années d'études, subir les examens en vue d'obtenir le diplôme. (*Bull. Méd.*).

LES MÉDECINS AUX ASSISES. — Nous signalerons à nos lecteurs une communication de M. Socquet à la Soc. méd. du XIe arrond. (*France Méd.*, p. 222, 3 avril 1891) où il réclame pour les docteurs en médecine et les étudiants en médecine ayant 3 doctorats le droit d'assister aux assises. — Nous appuyons fortement cette réclamation.

LE SECRET MÉDICAL. — *Une nouvelle façon de le violer.* — Récemment a été signalée, au Conseil municipal de Paris, une curieuse violation du secret médical. L'administration a vendu comme vieux papiers un ballot de rapports médicaux datant de 1873 et relatifs à la constatation des décès, avec mention du nom des décédés et de la nature de la maladie qui a entraîné la mort. Des commerçants de divers quartiers se sont servis de ces rapports pour envelopper les objets de consommation qu'ils vendent au public. Il va sans dire que cette violation de secret professionnel a causé une vive émotion, fort légitime d'ailleurs. Le préfet de la Seine a reconnu que les papiers de ce genre ne doivent pas être vendus en nature et il a promis de donner des ordres pour que désormais les certificats médicaux de constatation de décès soient livrés au pilon (*Sem. méd.*).

L'INFLUENZA EN NORVÈGE. — Christiana, paraît-il, voit les cas d'influenza augmenter dans des proportions alarmantes. La mortalité a augmenté de 10 0/0 la semaine dernière.

L'HYGIÈNE ET LES IMPOTS. — Le conseil général de la Gironde a émis un vœu demandant que l'impôt sur les portes et fenêtres soit supprimé, comme contraire à l'hygiène. (*Sem. méd.*).

SOCIÉTÉ ANTHROPOMÉTRIQUE AMÉRICAINE. — Une Société anthropométrique américaine se fonde à Philadelphie. Son but est l'étude des cerveaux des membres décédés par les survivants, et

on conçoit avec quelle impatience les sociétaires épient les uns chez les autres les moindres signes d'un malaise ou d'une maladie. Une Société analogue a précédé celle-ci, mais elle avait commis la faute de mourir avant qu'un seul de ses membres se soit décidé à trépasser (*Journ. de méd. de Paris*).

Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie. — La Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie a décidé d'ajouter, l'année prochaine à sa session annuelle, une quatrième séance qui aura lieu le dimanche matin, et dans laquelle on discutera une question proposée d'avance. Sur la proposition de M. Besnier, on a mis à l'ordre du jour pour l'an prochain le *prurigo de Hebra*. Il nous parait utile que la Société de Dermatologie nomme un rapporteur,et que le rapport fût imprimé quelque temps avant la séance.

Société médico-psychologique. — *Prix*. — La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle le lundi 27 avril, à 3 heures, sous la présidence de M. Bouchereau.

Voici la liste des prix et récompenses qui ont été décernées. *Prix Esquirol* : 200 fr. plus les œuvres d'Esquirol. Un seul mémoire intitulé : *Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme et plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis et l'alcoolisme.* (Rapporteur : M. Arnaud). Le prix est décerné à M. Bonnet, interne des asiles de la Seine. — *Prix Belhomme* : 800 fr. Question : *De la vision chez les idiots et les imbéciles.* (Rapporteur : M. Pichon). Deux mémoires ont été envoyés. Le nº 1 a obtenu le prix ; il a pour auteurs MM. Marie et Bonnet, internes des asiles de la Seine, anciens aides de clinique à la Clinique nationale des Quinze-Vingts. Le nº 2, qui a pour auteur M. Armand Guibert, interne des hôpitaux de Paris, a reçu une mention honorable. — *Prix Aubanel* : 2.500 fr. Question : *De la folie chez les vieillards.* (Rapporteur : M. Collineau). Un seul mémoire a été envoyé. Le prix ne lui a pas été décerné, mais il a obtenu une récompense de 1.200 fr. Les auteurs en sont MM. les Drs Mabille, directeur médecin, et Lallemant, médecin adjoint de l'asile de Lafont, près La Rochelle. — La séance s'est terminée par la lecture, faite par le secrétaire général, M. Ritti, de l'éloge du Dr Achille Foville, inspecteur général des établissements d'aliénés et secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.

Société française d'hygiène. — La Société française d'Hygiène avait mis au concours pour 1891 la question : « *Des soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur les voies publiques ou dans les travaux industriels.* » Vingt-sept mémoires, tous très bien exposés, ont été envoyés au concours. La commission du jury d'examen, présidée par M. le Pr Peter, vient de décerner les récompenses suivantes : *Médailles de vermeil :* Dr A.-F. Plicque, médecin adjoint de la compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux (nº 7) ; M. Henri C. Boudaille, externe des hôpitaux, ancien interne des Ambulances urbaines (nº 19). *Médailles d'argent* : Dr A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Thiers (Puy-de-Dôme) (nº 17) ; M. A. Quinard, pharmacien de 1re classe, membre du Conseil d'hygiène de Beaune (Côte-d'Or) (nº 3). *Médailles de bronze :* Dr Marco Venanti, à Florence (Italie) (nº 24) ; Dr Séjournet, lauréat de l'Académie de médecine à Revin (Ardennes) (nº 12) ; Dr O. Saintu, à Paris (nº 6) ; M. H.-B. Larenaudie, élève en pharmacie, à Tulle (Corrèze) (nº 23) ; Dr Luigi Gasparini, à Gannaziga, province de Bergame (Italie) (nº 9).

Tentative d'assassinat d'un médecin par un malade. — On nous écrit de Villefranche (Rhône) qu'une tentative d'assassinat a été commise hier sur le docteur Lassalle, médecin de l'hôpital, conseiller général du Rhône. Un individu nommé Fr. C..., furieux d'avoir été renvoyé de l'hôpital, après guérison constatée, a attendu le docteur dans la rue et lui a tiré un coup de revolver presque à bout portant. Le docteur n'a pas été atteint. C... a été désarmé et conduit en prison. Il va être soumis à un examen médical, car on doute qu'il ait toutes ses facultés.

Un exemple a suivre. — Une clause du testament de M. Cahours, membre de l'Académie des sciences et professeur à l'Ecole polytechnique, dont nous avons annoncé la mort, intéresse spécialement tous les jeunes gens qui s'adonnent aux études scientifiques. En voici la partie essentielle : « Dans le but d'encourager les jeunes travailleurs qui, faute de ressources suffisantes, se trouvent dans l'impuissance de terminer des travaux en cours d'exécution, je lègue à l'Académie des sciences, qui m'a fait l'honneur de m'admettre dans son sein, une somme de 100,000 fr. Je désire que les intérêts de cette somme soient distribués chaque année, à titre d'encouragement, à des jeunes gens qui se seront déjà fait connaître par quelques travaux et plus particulièrement par des recherches de chimie. » — Le testament renferme en plus des indications précises sur la façon dont l'Académie devra choisir les jeunes savants appelés à bénéficier du legs. Les intérêts de cette somme devront, suivant les dispositions du testament de M. Cahours, être employés par l'Académie à encourager un jeune savant sans fortune et s'étant déjà fait connaître par des travaux sérieux dans les diverses branches scientifiques et principalement en chimie. La commission chargée de décerner le prix sera composée de cinq membres, dont trois seront désignés parmi les membres de la section de chimie. Le prix pourra être attribué, si la commission le juge convenable, pendant plusieurs années à la même personne.

Nécrologie. — M. le Dr Joseph-Louis Michel, ancien interne des hôpitaux de Paris (1873), chevalier de la Légion d'honneur, est mort samedi dernier après une longue maladie. Il n'avait que quarante-quatre ans. Par l'élévation de son caractère, la sûreté de son jugement, l'étendue de ses connaissances, M. Michel s'était acquis à Paris de nombreuses et très vives sympathies dans le monde scientifique et littéraire. Dès le début de la guerre de 1870, étant alors interne, il s'engagea comme simple soldat dans les tirailleurs algériens, et à la suite de la bataille de Wissembourg, où son régiment fut en partie détruit, il fut versé dans les zouaves et fit la double campagne de la Loire et de l'Est. Blessé à Coulmiers, il reçut la médaille militaire sur le champ de bataille. A peine guéri, il prit part à la bataille de Villersexel, fut nommé sous-lieutenant au 4e zouaves et fit en cette qualité la campagne de Kabylie. Il revint ensuite à Paris où, après avoir terminé ses études, il exerça avec succès la profession médicale. Bien que sa clientèle lui laissât peu de loisirs, le Dr Michel s'intéressait à toutes les manifestations de l'art ; il avait réuni une curieuse collection de dessins et d'autographes. M. Michel était neveu, par alliance, de Gustave Doré. — On annonce la mort du Dr Constantin-François Reusens, (de Malines), membre de la Commission médicale provinciale, du Comité d'inspection des asiles d'aliénés, etc. — M. le Dr Mouronval (de Miremont), qui a exercé cinquante-trois ans la médecine. — M. le Dr Godet, médecin du corps de santé des colonies. — M. le Dr Luykiewicz, ancien professeur de pathologie générale à la Faculté de Varsovie. — M. le Dr Martin (Valpe, Tarn). — M. le Dr Golstdammer, âgé de 49 ans, ancien assistant en médecine à Berlin, décédé après une laparotomie pour obstruction intestinale faite par MM. les Prs von Bergmann et Hahn. — M. le Dr Gustave Okemba, médecin militaire, président de la société des médecins et naturalistes d'Iassy.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le D[r] BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le D[r] MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale. — M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale. Cours de gynécologie.* — M. le D[r] PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* — M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale.* — M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN, visite des malades à 9 heures. Mercredi : Conférence de chimie pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique. Samedi : Examen des entrants.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale.* — M. le D[r] CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — *Chirurgie orthopédique.* — M. KIRMISSON, le lundi à 10 h. du matin. Les leçons de cette année seront consacrées aux *difformités du membre inférieur.* Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Clinique chirurgicale.* — M. le D[r] RECLUS, le samedi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL BICHAT. — *Clinique et thérapeutique.* — M. Henri HUCHARD commencera ses leçons à l'hôpital Bichat le dimanche 3 mai à dix heures très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — *Objet du cours* : Médecine pratique. Diagnostic et traitement des maladies. Mode d'administration et posologie des médicaments. — Le lundi, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. Le mardi et le vendredi, consultations externes. — Le mercredi et le samedi, visite des malades nouveaux, à 9 heures 1/2. — Le jeudi, consultation pour les maladies du cœur; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Clinique médicale.* — M. le D[r] A. CHAUFFARD, professeur agrégé, a repris ses leçons cliniques à l'Hôpital Broussais, le samedi 25 avril à 10 heures. Il les continuera les samedis suivants à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le D[r] QUINQUAUD commencera le lundi 11 mai, à 5 heures du soir, un cours de Dermatologie et de Syphiligraphie, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical.

CHARCOT (J.-M.) et BRISSAUD (E). — Sur un cas de syringomylie observé en 1875 et en 1890. Brochure in-8 de 15 pages. — Prix : 50 c. — Pour nos abonnés. . . . . 35 c.

MENDELSSHOV (M.) et MULLER-LYEK (F.-C.). — Etude sur la perceptibilité différentielle du sens de la vue chez l'homme sain et malade (Recherches psychologiques). Brochure in-8 de 55 pages. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 24

ROUBINOVITCH (J.). — Sur le sulfonal chez les aliénés Brochure in-8 de 46 pages, avec 6 tableaux. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés. 1 fr.

Librairie F. ALCAN,
108, boulevard Saint-Germain.

BOSSU (A.). — Petit compendium médical (Memento). Pathologie, thérapeutique, formules, médecine usuelle (2[e] édition). Volume in-32 de 157 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 25

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils,
19, rue Hautefeuille.

DEGOIX. — Maladies et médicaments à la mode. Volume in-18 de 178 pages. — Prix. . . . . 2 fr.

MACÉ (E.). — Les substances alimentaires étudiées au microscope, surtout au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications. Volume in-8 de 512 pages, avec 24 planches et 408 fig. — Prix. . . . . 14 fr.

BALESTRE. — Cours d'hygiène pratique (Hygiène individuelle. Hygiène scolaire. Hygiène publique). Volume in-18 de 394 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, 1891. — Librairie P. Delaplane.

BRIGONNET et NAVILLE. — L'Exalgine (Ses propriétés et son emploi). Brochure in-8 de 16 pages. — Paris, 1891. — Société d'études scientifiques.

COMPTE-RENDU DU 5[e] CONGRÈS ODONTOLOGIQUE A GENÈVE, les 4, 5 et 6 octobre 1890. Brochure in-8 de 57 pages. — Genève, 1891. — Imprimerie P. Dubois.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

BRIGONNET et NAVILLE. — Notice sur les propriétés et les applications du chlorure de méthyle. Brochure in-8 de 15 pages.

Librairie H. LAMIRAULT et C[ie]
61, rue de Rennes, Paris.

Les docteurs G. KUHFF, Ch. DEBIERRE et L.-H. PETIT viennent de publier, dans la 306[e] livraison de la *Grande Encyclopédie*, une étude d'anatomie comparée et de pathologique du *Crâne* des plus remarquables, complétée par un article de M. J. DENIKER sur la *Craniologie*, qui est de nature à vivement intéresser tous nos lecteurs. — Prix de chaque livraison : 1 franc. Une feuille-spécimen est envoyée gratuitement sur demande.

Librairie LECROSNIER et BABÉ,
place de l'Ecole-de-Médecine.

AUVARD. — De l'antiseptie en gynécologie et en obstétrique. Volume in-18 de 281 pages, avec 89 figures. — Prix. . . 4 fr.

ENCYCLOPÉDIE D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PUBLIQUE. Publié sous la direction du D[r] J. ROCHARD. Tome III, 2[e] fasc. : La Ville souterraine; les Habitations. Volume in-8 de 160 pages. — Prix . . . . 3 fr. 50

LANCEREAUX (E.). — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié. (3[e] série. — Années 1886-1890). Brochure in-8 de 253 pages. — Prix. . . . . 4 fr

LETOURNEAU (Ch.) — L'Evolution juridique dans les diverses races humaines (Bibliothèque anthropologique. Tome XIV). Volume in-8 de 540 pages, — Prix. . . . . 9 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

FÉLIZET (G.). — De la circoncision (Indications et manuel opératoire). Brochure in-8 de 49 p., avec 10 figures. — Prix. 1 fr. 50

MALASSEZ (L.). — Un projet de Faculté de médecine à Marseille (Aperçu sur les réformes à apporter à notre enseignement médical). Brochure in-8 de 23 pages.

NEPVEU (G.). — Etude sur les parasites du sang chez les paludiques. Brochure in-8 de 12 pages, avec 33 figures.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 19. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 MAI 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations pratiquées à l'Hôpital Bichat pendant l'année 1890 ;

par Félix TERRIER, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat (1).

Messieurs,

Suivant mon habitude, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations qui ont été faites dans mon service de chirurgie, à l'hôpital Bichat, pendant l'année 1890, par mes amis et collègues, MM. les Drs Quénu et A. Broca, par moi-même, par mon assistant M. le Dr Hartmann, et par mes internes, MM. Calot et Louis.

Je n'insiste pas sur les améliorations réalisées cette année, en ce qui concerne la stérilisation du matériel opératoire (compresses, fils à ligatures, etc.), ni sur la construction d'un pavillon spécial, à l'hôpital Bichat, pour les grandes opérées, car j'ai eu l'occasion de signaler ailleurs les modifications que je viens de citer (2).

1° *Opérations sur les yeux et les paupières* (16 opérations.)

Cataractes. . . . . 2 opér. 2 guérisons opératoires; mais 1 insuccès thérapeutique (Kératite suppurée au 15e jour, par infection accidentelle).
Enucléation du globe oculaire (1 cancer de l'œil, 1 ophtalmie sympath.). 2 — 2 — opératoires ; 1 améliorat. (cancer).
Ectropion (Cautérisation au thermo-cautère). . . . . 1 — 1 —
Entropion (thermo-cautérisation). . 1 — 1 —
Iridectomies (2 glaucomes chroniq.; 1 iritis syphilitique avec synéchies postérieures) . . . . 3 — 3 —
Opération de Sœmisch (Kératite ulcéreuse suppurée et hypopion). . . 1 — 1 —
Strabotomie (Strabisme). . . . . 1 — 1 —
Suture des paupières (Ulcère de la cornée, etc.). . . . . 1 — 1 amélioration.
Excision du nerf optique (Cicatrice vicieuse) . . . . 1 — 1 guérison.
Kystes dermoïdes de la queue du sourcil (Extirpation). . . . . . 2 — 2 —
Mélanome conjonctival (Excision). . 1 — 1 —

2° *Opérations sur le crâne et la face.* (55 opérations.)

Plaies de tête (Sutures). . . . . 8 opér. 7 guérisons; 1 mort par congestion pulmonaire (vieillard de 80 ans).
Kystes sébacés du cuir chevelu. . 10 opér. 10 guérisons.
Grattage du frontal (nécrose). . . . 1 opér. 1 guérison.
Fracture du crâne, ablation des esquilles . . . . 1 — 1 mort le lendemain de l'opération.
Trépanation pour épilepsie Jacksonienne. . . . . 1 — 1 guérison.
Trépanation pour hémiplégie brachiale gauche infantile . . . . . 1 — 1 améliorat.
Fracture des os de la face (ablation des esquilles). . . . . 1 opér. 1 guérison.
Anthrax de la lèvre supérieure (thermocautérisation) . . . . 1 — 1 —
Epithélioma de la lèvre inférieure (extirpation). . . . . 3 — 3 guérisons opératoires, une récidive 3 mois après l'opération chez un des opérés.
Kyste salivaire de la lèvre inférieure (extirpation). . . . . 1 — 1 —
Amygdalotomies (hypertrophie des amygdales) . . . . 8 — 8 —
Epithélioma du voile du palais et de l'amygdale (extirpation). . . . . 1 — 1 — opératoire (récidive deux mois après).
Palatorrhaphie (division congénitale du voile du palais). . . . . . . 1 — 1 —
Epithélioma du plancher buccal propagé aux ganglions (ablation avec résection partielle du maxillaire inférieur et amputation partielle de la langue). . . . . 1 — 1 mort de congestion pulmonaire et par alimentation insuffisante (Quénu).
Epithélioma de la langue (amputation) . . . . 1 — 1 mort par accidents pulmonaires.
Ostéopériostite du maxillaire inférieur (grattage). . . . . 3 — 3 guérisons.
Epithélioma du maxillaire supérieur, de l'os malaire et de la voûte palatine (ablation) . . . . 1 — 1 améliorat. (Il persiste un kyste salivaire parotidien, des ulcérations trophiques (Quénu) ; mort 2 mois plus tard.
Tumeur de la face interne du maxillaire (grattage). . . . . 2 — 1 mort et 1 amélioration (décès plus tard, lors d'une seconde intervention, pendant l'anesthésie).
Nécrose du maxillaire inférieur, suite de fracture (incision et drainage par la voie sus-hyoïdienne). . . 1 opér. 1 état stationnaire.
Grenouillette sublinguale (extirpation). . . . . 2 — 2 guérisons.
Calcul du canal de Warthon (ablation). 1 — 1 —
Sclérose de la glande sous-maxillaire (extirpation). . . . . 1 — 1 —
Calculs de la parotide et fistules (ablation d'une portion de la glande). 1 — 1 —
Kyste dermoïde de la région parotidienne (extirpation). . . . . . 1 — 1 —
Epithélioma de la parotide (récidivé) (extirpation partielle). . . . . . 1 — 1 améliorat.
Néoplasme de la région parotidienne et sous-maxillaire (incision exploratrice). . . . . 1 — 1 état stationnaire.

3° *Opérations sur le cou* (27 opérations).

Plaie de la région sous-maxillaire (suture). . . . . 1 opér. 1 guérison.
Abcès du cou (incision). . . . . . 1 — 1 —
Chéloïde strumeuse de la région

(1) Communication à la *Société de Chirurgie*, le 6 mai 1891.
(2) *Revue de Chirurgie*, octobre 1890.

sous-maxillaire (ablation) . . . . 1 opér. 1 guérison; opératoire, mais récidive ultérieure.

Fibrome de la nuque (bord antérieur du trapèze) (extirpation). . . . . 1 — 1 —

Sarcome du cou (extirpation) . . . 1 — 1 —

Lymphangiome sus-claviculaire . . 1 — 1 —

Ganglions tuberculeux suppurés du cou (incision et grattage). . . . 7 — 1 guérison; 6 améliorations.

Tuberculose des ganglions du cou (extirpation). . . . . 9 — 7 guérisons; 2 améliorations.

Thyroïdite suppurée (incision). . . 1 — 1 guérison;

Goitre (extirpation partielle). . . . 2 — 1 guérison; une mort tardive d'accidents pulmonaires.

Œdème aigu du larynx et du pharynx (trachéotomie) . . . . . . 1 opér. 1 guérison.

Epithélioma du corps thyroïde (trachéotomie). . . . . 1 — 1 mort de bronchopneumonie.

4° *Opérations sur la colonne vertébrale* (1 opération).

Fracture de la colonne vertébrale (trépanation du rachis). . . . . . . 1 opér. 1 amélioration, mais persistance de la paraplégie.

5° *Opérations sur le thorax et les seins* (30 opérations).

Plaie de poitrine par arme à feu (extraction du projectile) . . . . 1 opér. 1 guérison.

Plaies de poitrine par instrument tranchant (suture). . . . . 1 — 1 —

Abcès froid de la région moyenne du dos (Grattage). . . . . 1 — 1 —

Phlegmon de la paroi thoracique (Incision). . . . . 1 — 1 mort de pleuropneumonie à Streptocoques très virulents.

Kyste hydatique de la région thoracique droite (Inject. de sublimé). . 1 opér. 1 améliorat.

Kyste sébacé infecté de la région intermammaire (Extirpation). . . . 1 — 1 guérison.

Sarcome de la région présternale (Extirpation) . . . . 1 — 1 —

Tuberculose costale (Grattage). . . 2 — 2 améliorat. (Fistules persistantes).

Tuberculose sternale (Grattage). . . 1 — 1 améliorat. persistance d'une fistule. . . . .

Ostéomyélite costale (Résection costale). . . . . 1 — 1 —

Pleurésies purulentes avec fistules (Opérations d'Estlander) . . . . 2 — 1 guérison ; 1 amélioration ; ce dernier malade a subi plusieurs opérations successives est encore dans le service en voie de guérison.

Lipomes de la paroi (Extirpation). . 3 opér. 3 guérisons.

Sarcome du sein et du grand pectoral (Amputation du sein ; ablation du grand pectoral). . . . . 1 — 1 mort par généralisation sarcomateuse.

Adénome du sein (Extirpation). . . 1 — 1 guérison.

Mammite droite (Amputation du sein) (1) 1 — 1 —

Epithélioma du sein (Amputation). . 11 — 10 — 1 mort au 6e jour sans accidents du côté de la plaie (Pneumonie).

6° *Opérations sur l'abdomen et l'intestin* (86 opérations.)

Hernies inguinales non étranglées (Cure radicale). . . . . 25 opér. 25 guérisons.

Hernies inguinales et varicocèles (Cure radicale de la hernie et du varicocèle) . . . . 4 — 4 —

Hernies inguinales et hydrocèles (Cures radicales). . . . . . . 2 opér. 2 guérisons

Hernies crurales non étranglées (Cure radicale). . . . . 4 — 4 —

Hernies ombilicales non étranglées (Cure radicale). . . . . 2 — 2 —

Hernies épigastriques (Cure radic.). 2 — 2 —

Hernies inguinales étranglées (Kélotomie et cure radicale). . . . . 7 — 5 — 2 morts: l'une chez un alcoolique, le 10e jour, d'accidents pulmonaires ; l'autre, le 2e jour, de péritonite septique.

Hernie crurale étranglée (Kélotomie et cure radicale). . . . . . . 1 opér. 1 guérison.

Phlegmon épiploïque de la région inguinale (Incision et résection de l'épiploon hernié). . . . . 1 — 1 —

Phlegmon épiploïque gazeux inguinal, avec hydrocèle (Incision, résection épiploïque, cure radicale de l'hydrocèle). . . . . 1 — 1 —

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (Gastrostomie) . . . . . 3 — 3 guérisons opératoires ; mais 3 morts de tuberculose pulmonaire, de cachexie cancéreuse ou de complications respiratoires par propagation du cancer à la trachée, de 2 à 4 semaines après l'opération.

Laparotomie exploratrice (Néoplasme du péritoine ; tumeur du foie ; tumeur abdomino-pelvienne; sarcome ossifiant du péritoine). . . . . 4 opér. 4 guérisons opératoires.

Laparotomie pour étranglement interne (Entérectomie et entérorrhaphie pour gangrène de l'intestin; Hernie interne) (1). . . . . . 1 — 1 mort par choc, sans péritonite appréciable.

Myxosarcome du mésentère (Extirpation avec résection de 1 mèt. 30 d'intestin grêle) . . . . 1 — 1 — de péritonite probablement.

Tumeur kystique pédiculée, appendue à l'intestin (Ablat. p. la laparotomie). 1 opér. 1 guérison.

Kyste hydatique du grand épiploon (Extirpation du kyste). . . . . 1 — 1 —

Néoplasme de l'angle des côlons ascendant et transverse avec obstruction intestinale (Laparotomie exploratrice et anus iliaque droit en 2 temps). . . . . 1 — 1 mort par pneumonie, sans périt. appréciable.

Epithélioma du côlon transverse (Résection avec entérorrhaphie circulaire). . . . . 1 — 1 — de péritonite (Albuminurie).

Tumeur kystique du pancréas (Incision et fixation à la paroi) (2). . . 1 — 1 — de cachexie cancéreuse, 3 sem. après.

Laparotomie pour plaie par arme à feu de l'abdomen. . . . . . . 1 — 1 — par péritonite (plaie de l'intestin restée inaperçue).

Laparotomie pour coups de couteau dans l'abdomen . . . . 2 opér. 1 guérison (3); 1 mort par péritonite suraiguë 35 heures après (plaie de l'intestin passée inaperçue).

Péritonite tuberculeuse à forme asci-

(1) Voir Broca. *Soc. anat.*, 1891, p. 5. (examen histologique de M. Toupet).

(1) Observation publiée in *Bull. Soc. an.*, 23 janvier 1891, p. 45, par M. A. Broca.

(2) Communication au *Congrès de Chirurgie*, mars-avril 1891, par M. Hartmann.

(3) Malade présenté à la *Soc. de Chir.*, par M. A. Broca, le 19 novembre 1890. — Rapport de M. Terrier à la *Société de Chirurgie*, le 29 avril 1891.

tique (laparotomie et drainage). . 1 opér. 1 guérison. se maintenant depuis 7 mois (une fistulette).

Hernie inguinale étranglée et perforation de l'appendice iléocæcal (laparotomie iliaque et cure radicale de la hernie). . . . . 1 — 1 —

Angiocholite (Laparotomie exploratrice, cholécystotomie et fistule biliaire) (1) . . . . 1 — 1 —

Lithiase biliaire et cholécystites (cholécystectotomies) . . . . . 4 — 3 — (2); 1 en voie de guérison (3).

Distention énorme de la vésicule biliaire (cholécystectomie partielle). 1 — 1 — (4)

Kyste hydatique du foie (Résection partielle et suture à la paroi) . . . 2 — 1 mort par péritonite (péritonite antérieure); 1 en voie de guérison.

Fibrosarcome de la paroi abdominale (extirpation). . . . . 1 — 1 guérison.

Lipome de la région épigastrique (extirpation). . . . . 1 — 1 —

Tuberculose de l'os coxal (grattage). 2 — 1 guérison; 1 état stationnaire.

Tuberculose de l'articulation sacro-iliaque (grattage). . . . . 1 — 1 —

Abcès ossifluents de la fesse, de la fosse iliaque et de la cuisse (ponction et injection iodoformée). . . . . 1 — 1 état stat.

Abcès de la fosse iliaque (incision). . 2 — 2 guérisons.

Abcès de la paroi abdominale (incision) 2 — 1 améliorat., une guérison.

Abcès de la région sacrée . . . . . . 1 — 1 guérison.

7° *Opérations sur le rectum et la région ano-coccygienne* (31 opérations).

Kyste dermoïde de la région coccygienne (extirpation) . . . . . . 1 opér. 1 guérison.

Abcès ischiorectal (incision). . . . 1 — 1 —

Hémorrhoïdes (ligatures multiples et excision) . . . . 7 — 7 —

Fistules anales (incision, excision, cautérisation) . . . . 10 — 10 —

Fistules anales (incision et réunion immédiate) . . . . 2 — 2 —

Tuberculose anale avec fistule (grattage) . . . . 1 — 1 améliorat.

Fistule anale et phimosis (grattage, réunion immédiate et opération du phimosis). . . . . 1 — 1 guérison.

Abcès de la marge de l'anus (incision et suture). . . . . 3 — 1 — et 2 améliorations.

Fissures anales (dilatation) . . . . 2 — 2 —

Ulcération ano-rectale syphilitique (grattage et dilatation) . . . . . 1 — 1 état stat.

Epithélioma du rectum (1 extirpation par la voie anale; 1 par la méthode de Kraske) . . . . 2 — 1 mort (voie anale) par accidents cardio-pulmonaires; 1 guérison (voie sacrée).

8° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme* (180 opérations).

Kystes ovariques (ovariotomies). . . 14 opér. 14 guérisons.

Tumeurs végétantes des ovaires (ablation). . . . . 2 — 1 guérison; 1 mort de choc.

(1) Observation communiquée à l'*Acad. de méd.*, le 4 nov. 1890.

(2) *Acad. de Méd.*, 30 septembre 1890. — Voir thèse de doctorat du Dr Calot, 1891 : *De la cholécystectomie*. Voir aussi : *Soc. de Biol.* (Gillet et Girode).

(3) Sera publiée.

(4) Observation communiquée à l'*Académie de médecine*, le 28 décembre 1890.

Tumeurs solides des 2 ovaires (ablation). . . . . 1 opér. 1 guérison.

Kyste de l'ovaire et fibrome utérin (ablation du kyste à gauche et de l'ovaire à droite). . . . . 1 — 1 —

Kystes parovariens ou du ligament large (ablation). . . . . 5 — 4 guérisons; 1 mort par péritonite (Quénu).

Tumeur fibrokystique de l'utérus incluse dans le ligament large (ablation et ligature de l'iliaque interne). 1 — 1 mort.

Fibromes utérins (opération de Hégar) 3 — 2 guérisons; 1 mort d'hémorrhagie interne.

Pyosalpingites (ablation). . . . . 6 — 4 guérisons; 1 mort de péritonite suppurée et 1 en voie de guérison (fistule stercorale).

Hématosalpinx (ablation). . . . . 3 — 3 —

Salpingite tuberculeuse double (ablation et anus artificiel) . . . . . 1 — 1 mort 3 mois après de péritonite tuberculeuse, avec anus contre nature conservé.

Abcès de l'ovaire (ablation). . . . . 1 — 1 — par péritonite (Quénu).

Ovaro-salpingite (ablation) . . . . 15 — 13 guérisons 2 morts par péritonite.

Fibrome utérin, hématosalpinx, kyste de l'ovaire (ovariotomie double et laparo-myomotomie à pédicule perdu) . . . . 1 — 1 —

Tumeur fibrokystique de l'utérus (énucléation abdominale). . . . . 1 — 1 —

Hystérectomies abdominales types pour fibromes utérins :

a) pédicule extrapéritonéal. . . . . 4 — 2 guérisons; 2 morts par urémie.

b) pédicule inclus dans la paroi. . . 1 — 1 —

c) pédicule intrapéritonéal (ligature élastique) (1). . . . . 1 — 1 —

Fibrome de l'utérus gravide (ablation du fibrome à pédicule perdu). 1 — 1 —

Hystéropexie type pour prolapsus utérin . . . . 2 — 2 —

Chute de l'utérus et kyste dermoïde de l'ovaire (ablation du kyste et hystéropexie). . . . . 1 — 1 —

Salpingite suppurée et chute de l'utérus (ablation et hystéropexie) . . 1 — 1 mort d'urémie (néphrite ancienne).

Salpingite et chute de l'utérus (ablation et hystéropexie) . . . . . . 2 — 2 guérisons.

Salpingites et rétrodéviations utérines (ablation et hystéropexie). . 4 — 1 mort de péritonite purulente et 3 guérisons.

Epithélioma de l'utérus :

a) Hystérectomie vaginale totale (méthode ordinaire). . . . . 5 — 3 guérisons; 2 morts : l'une par péritonite, l'autre par pincement de l'uretère.

b) Hystérectomie vaginale totale sous-péritonéale (énucléation vaginale de l'utérus). . . . . 1 — 1 —

c) Hystérectomie totale par la voie sacrée . . . . 1 — 1 —

d) Amputation du col utérin. . . . 2 — 1 guérison; 1 amélioration.

e) Curettage et évidement du col . . 15 — 14 améliorat. et 1 mort.

Fibromes intra-utérins (ablation par la voie vaginale) . . . . 2 — 2 guérisons

Polypes muqueux du col utérin (ablation). . . . . 2 — 2 —

(1) Voir *Bull. Soc. de Chir.*, 1890.

Curettage pour métrites opératoires.	54 opér.	54 guérisons
Amputation du col et curettage pour métrites	10 —	10 —
Hypertrophie du col de l'utérus (amputation du col).	1 —	1 —
Métrorrhagies incoercibles dues à une grossesse de 3 mois (avortement provoqué).	1 —	1 —
Fistule recto-vulv. (périnéorrhaphie).	1 —	1 —
Métrite et prolapsus vaginaux (grattage utérin et périnéorrhaphie)	2 —	2 —
Déchirure du périnée et cystocèle (périnéorrhaphie et colporrhaphie).	1 —	1 —
Colporrhaphie antérieure (cystocèle).	2 —	2 —
Bartholinites (incision).	2 —	2 —
Bartholinites (extirpation de la glande).	3 —	3 —
Végétations vulvo-anales (excision).	3 —	3 —
Tumeur de la grande lèvre (extirpation).	1 —	1 —
Kyste de la paroi postérieure du vagin (excision partielle).	1 —	1 —

9° *Opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme* (30 opérations).

Phimosis.	7 opér.	7 guérisons.
Hypospadias (autoplastie).	2 —	1 — ; 1 échec thérapeutique.
Hydrocèle congénitale (réfection d'une vaginale)	2 —	2 —
Hydrocèle (résection partielle de la vaginale)	4 —	4 —
Hydrocèle (ablation totale de la vaginale)	5 —	5 —
Hématocèles (résection des parois: une totale, une partielle).	2 —	2 —
Tumeurs malignes du testicule (castration).	2 —	2 —
Tuberculose testiculaire (castration).	4 —	4 —
Tuberculose du testicule et de l'épididyme (grattage et cautérisation).	2 —	2 amélioral.

10° *Opérations sur les voies urinaires* (14 opérations).

Kyste hydatique du rein (laparotomie et suture à la paroi)	1 opér.	1 mort.
Pyonéphrose (néphrectomie).	1 —	1 guérison.
Rein flottant (néphropexie)	2 —	2 —
Fistule vésico-intestinale consécutive à une salpingite (laparotomie).	1 —	1 —
Tumeur de la vessie (cystotomie sus-pubienne).	1 —	1 —
Rétrécissements de l'urèthre : a). Uréthrotomie interne.	5 —	4 — ; 1 mort par infection urineuse.
b). Uréthrotomie externe.	1 —	1 —
Fistule uréthrale (incision et grattage)	1 —	1 échec.
Abcès périnéal (incision).	1 —	1 guérison.

11° *Opérations sur le membre supérieur* (39 opérations).

Lipome de la région scapulaire (extirpation).	1 opér.	1 guérison.
Tuberculose de l'articulation de l'épaule (grattage)	2 —	1 — ; une amélioration.
Abcès froid de l'épaule (incision)	1 —	1 amélioral.
Abcès de la fosse sus-épineuse (tube de caoutchouc inclus depuis 4 ans) (grattage).	1 —	1 guérison.
Adénites axillaires (incision et grattage)	2 —	2 —
Phlegmons du bras (incisions multiples)	4 —	3 — ; une mort subite par embolie pulmonaire (infection intense).
Tuberculose de l'humérus (grattage).	1 opér.	1 état stat.
Fracture compliquée de l'humérus (résection des fragments)	1 —	1 pseudarthrose.
Fracture ancienne de l'extrémité inférieure de l'humérus (esquilles saillantes réséquées)	1 —	1 guérison.
Tuberculose de l'articulation du coude (résection).	2 —	1 — ; une amélioration.
Ostéomyélite de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras (résection du poignet)	1 —	1 —
Phlegmon chronique de l'avant-bras (amputation du bras).	1 —	1 —
Plaie de l'avant-bras (suture)	1 —	1 —
Tuberculose des os du carpe (grattage)	2 —	1 amélioral.; 1 mort de tuberculose pulmonaire le poignet étant guéri.
Tuberculose du poignet (résection du poignet)	1 —	1 amélioral.
Synovite tuberculeuse de la gaine des fléchisseurs et des extenseurs des doigts (grattage)	1 —	1 guérison.
Section traumatique des tendons extenseurs (suture tendineuse)	1 —	1 —
Ecrasement de la main (régularisation, etc.)	2 —	2 —
Section traumatique ancienne des tendons des deux fléchisseurs du médius (désarticulation métacarpo-phalangienne	1 —	1 —
Phlegmon de la main (incision).	1 —	1 —
Kystes synoviaux du poignet (extirpation)	4 —	4 —
Luxation complexe du pouce en arrière (arthrotomie).	1 —	1 —
Amputation des doigts.	6 —	6 —

12° *Opérations sur le membre inférieur* (55 opérations).

Adénites inguinales suppurées (incision et drainage)	3 opér.	3 guérisons.
Tuberculose des ganglions inguinaux (extirpation).	5 —	5 —
Contusion de la cuisse (ponction aspiratrice).	1 —	1 —
Plaie par coup de sabre de la cuisse (sutures)	1 —	1 —
Fracture compliquée de cuisse (ablation des esquilles après incision du foyer)	1 —	1 —
Fracture compliquée de cuisse avec plaie de la fémorale (amputation au 1/3 supérieur)	1 —	1 mort.
Fracture de cuisse simple mal consolidée (incision et remise en place des fragments).	1 —	1 guérison.
Fongus (Epithélioma hématode de la face interne de la cuisse (extirpation)	1 —	1 mort d'embolie pulmonaire.
Ostéomyélite du fémur (Grattage et ablation d'un sequestre).	1 opér.	1 guérison.
Ostéite d'un moignon de la cuisse et névrome du sciatique (Extirpation du névrome).	1 —	1 —
Tuberculose du fémur (Amputation).	1 —	1 —
Phlegmon de la cuisse (Incisions multiples)	1 —	1 —
Plaie simple du genou (Suture).	1 —	1 —
Plaie pénétrante du genou (arthrotomie).	1 —	1 —
Fracture transversale de la rotule (Suture osseuse).	1 —	1 —

opératoire; (mort de syncope quinze jours après : symphyse cardiaque).

Synovite de la bourse séreuse des tendons de la patte d'oie (Incision)	1 opér.	1 améliorat.
Hygroma prérotulien (incision et drainage).	2 —	2 guérisons.
Hygroma prérotulien (extirpation) .	1 —	1 —
Hydarthrose (ponction).	1 —	1 état. stat.
Tuberculose de l'articulation du genou (arthrotomie et grattage). . .	1 —	1 —
Tuberculose de l'articulation du genou (résection). . . . . (ulcération tuberculeuse de la cicatrice).	1 —	1 —
Plaie de jambe suppurée (greffe de Thiersch).	1 —	1 guérison
Plaies de jambe (sutures).	1 —	1 —
Fractures compliquées de jambe (résection du tibia et du péroné) . . 2 morts: l'une de choc, l'autre de delirium tremens.	3 —	1 —
Fracture compliquée de jambe avec gangrène gazeuse de la jambe (amputation de cuisse). . . . . . pendant l'opération.	1 —	1 mort
Phlegmon de la jambe (incision) . .	1 —	1 guérison.
Tuberculose du tibia (grattage). . .	1 —	1 état stat.
Ulcère variqueux (greff. de Reverdin).	1 —	1 guérison.
Ecrasement du pied (amputation de jambe au lieu d'élection). . . .	1 —	1 —
Tuberculose du pied (grattage). . .	1 —	1 état stat.
Tuberculose du 1er métatarsien (désarticulation du 1er métatarsien). .	1 —	1 guérison.
Mal perforant (amputation du gros orteil). . . . . opératoire ; récidive ultérieure.	1 —	1 —
Gangrène du gros orteil, suite de traumatisme (amputat. de l'orteil).	1 —	1 —
Exostose sous-unguéale du gros orteil (extirpation)	2 —	2 —
Orteils en marteau (résection). . .	3 —	3 —
Durillon plantaire (extirpation) . .	1 —	1 —
Abcès plantaire (incision).	1 —	1 —
Ongles incarnés (extirpat. de l'ongle).	7 —	7 —
Onyxis scrofuleux (extirpation de l'ongle et grattage)	1 —	1 —

RÉSUMÉ :

	Opérations.	Guérisons.	Morts.
1° Sur les yeux.	16	16	0
2° Sur le crane et la face	55	50	5
3° Sur le cou	27	25	2
4° Sur la colonne vertébrale	1	1	0
5° Sur le thorax et les seins	30	27	3
6° Sur l'abdomen et l'intestin. . . .	86	76	10
7° Sur le rectum et la région anale . . .	31	30	1
8° Sur les organes génitaux de la femme.	180	166	16
9° Sur les organes génitaux de l'homme.	30	30	0
10° Sur les voies urinaires.	14	12	2
11° Sur le membre supérieur	39	37	2
12° Sur le membre inférieur.	55	50	5
	564	518	46

Les 564 opérations, faites cette année à l'hôpital Bichat, ont donc donné 46 morts, soit en bloc 8,12 0/0 de décès. L'année précédente notre mortalité était de 8, 39. Il y a donc eu, toutes proportions gardées, moins de décès dans l'année qui vient de s'écouler, quoique nous ayons pratiqué un bien plus grand nombre d'opérations sur les organes génitaux de la femme, c'est-à-dire plus d'interventions graves.

Passons en revue ces divers insuccès et leurs causes probables.

Les 55 opérations pratiquées sur le crâne et la face ont donné 5 insuccès. Dans un cas, il s'agit d'un vieillard de 80 ans, entré à l'hôpital pour une plaie de tête : il mourut, 3 semaines après son entrée, de congestion pulmonaire. Ce cas ne devrait pas en réalité être compté parmi les décès dus aux opérations. Une fracture du crâne de la région pariéto-temporale gauche et des régions occipitale gauche et frontale droite, est morte le lendemain de l'entrée à l'hôpital; on avait enlevé les esquilles osseuses. Un opéré d'épithélioma du plancher de la bouche avec propagation aux ganglions sous-maxillaires et à l'os maxillaire inférieur lui-même, âgé de 65 ans, est décédé deux jours après une opération sérieuse (Résection du maxillaire inférieur, ablation d'une grande partie de la langue, etc.). Cet opéré de M. Quénu a présenté à l'autopsie de la congestion pulmonaire. On n'avait pas employé de sonde œsophagienne à demeure. Une amputation de la langue pour un épithélioma, chez un homme de 60 ans, a été suivie de mort, le quatrième jour après l'intervention. A l'autopsie, on ne trouva que de la congestion pulmonaire. Il est indispensable d'ajouter que cet homme présenta un collapsus assez considérable après l'opération. Enfin l'extirpation d'une tumeur du maxillaire a causé le décès d'un homme de 45 ans.

Les 27 opérations pratiquées sur le cou n'ont donné que 2 morts. Dans un cas, une thyroïdectomie fut suivie de mort 3 semaines après l'opération ; l'opérée succomba probablement à des lésions pulmonaires, mais l'autopsie n'a pas été faite. De plus, une trachéotomie, pratiquée d'urgence pour parer à des accidents causés par un épithélioma du corps thyroïde, a été cause de l'apparition d'une bronchopneumonie qui a emporté le malade, âgé de 50 ans, 3 jours après cette opération.

Nous avons à enregistrer 3 décès pour les opérations pratiquées sur le thorax et les seins. Une opérée d'épithélioma du sein est morte de pneumonie au bout de 6 jours (elle avait 56 ans), sans la moindre complication du côté de la plaie. Un phlegmon de la paroi thoracique chez un jeune homme de 22 ans se compliqua d'une pleuropneumonie à streptocoques dont il mourut. Enfin, une malade atteinte d'un sarcome du sein gauche, ayant envahi le grand pectoral, succomba à la généralisation sarcomateuse.

Sur les 86 opérations pratiquées sur l'abdomen et l'intestin, nous comptons 10 insuccès. Dans un cas, une hernie inguinale étranglée réduite a été suivie de mort par septicémie péritonéale, l'intestin s'étant sphacélé. L'anse herniaire avait été réduite à tort; elle se gangrena secondairement. Un autre opéré de hernie inguinale étranglée a succombé le dixième jour à des accidents pulmonaires ; il était alcoolique et avait des reins atrophiés. La plaie était bien réunie.

Une laparotomie exploratrice pour étranglement interne a été suivie de mort, le jour même de l'opération; le malade a dû être emporté par le choc traumatique. Il s'agissait d'un vieillard, porteur d'une anse intestinale étranglée depuis 9 jours dans un sac interne, et gangrenée. Un myxosarcome du mésentère, pesant 25 livres, pédiculé, accompagné d'ascite, nécessita, pour être extirpé, le sacrifice de 1 m. 27 d'intestin grêle. Son pédicule fut réduit, après avoir été serré à l'aide d'une ligature élastique, et l'intestin, suturé, fut fixé à la partie abdominale ; mais le malade mourut deux jours après, très probablement de péritonite septique, due à une inoculation du péritoine par les matières intestinales.

Dans un cas assez analogue (résection du côlon transverse pour carcinome), la mort survint dans des circonstances presque identiques; mais ici, il y avait une notable quantité d'albumine dans les urines avant l'opération.

Un autre opéré de tumeur du côlon auquel on ne fit qu'une laparotomie exploratrice et un anus contre nature iliaque droit succomba à une pneumonie droite. A l'autopsie, pas trace de péritonite. Une tumeur kystique du pancréas, incisée et fixée à la paroi par M. le Dr Hartmann, après une amélioration passagère, est morte avec des symptômes d'obstruction pylorique six semaines après l'opération. Il s'agissait d'un épithélioma kystique du pancréas généralisé au foie. Un kyste hydatique du foie, traité d'une façon analogue, s'est compliqué de péritonite et a entraîné la mort; mais à l'autopsie on trouva d'autres kystes dans le foie. Deux laparotomies par plaies de l'abdomen, l'une par coup de couteau, l'autre par arme à feu, ont été suivies de mort. Dans un cas, une péritonite suraiguë s'est déclarée et le malade est mort 35 heures après l'accident. A l'autopsie, on constata qu'il existait une perforation de l'intestin grêle restée inaperçue lors de l'intervention, par suite d'un examen trop superficiel. C'est donc un cas de mort pour faute opératoire et non un décès par accidents septiques d'origine opératoire. Dans l'autre cas (coup de revolver dans la région lombaire) la mort survint aussi par péritonite. Ici encore la laparotomie n'avait pas permis de trouver la perforation qui occupait la face postérieure de l'estomac.

Une extirpation d'épithélioma rectal par la voie anale chez un homme de 56 ans, alcoolique, a entraîné une mort rapide par accidents cardio-pulmonaires.

Il y a eu 180 opérations pratiquées sur les organes génitaux de la femme. Elles ont donné 16 morts, c'est-à-dire le 1/3 environ de notre mortalité totale. Cela tient à ce qu'elles comprennent plus de 70 laparotomies pour kystes des ovaires, tumeurs des trompes et de l'utérus, etc.

Une malade atteinte de tumeur végétante de l'ovaire droit (kyste multiloculaire) a succombé au choc le jour même de l'intervention. Dans un cas de kyste multiloculaire du ligament large gauche, il survint une péritonite qui emporta l'opérée au deuxième jour; la même complication causa la mort chez une femme ayant une tumeur fibro-kystique de l'utérus incluse dans le ligament large.

Une pyosalpingite a succombé de péritonite suppurée le lendemain de l'opération et une péritonite septique a enlevé deux autres opérées d'ovaro-salpingites doubles au premier et au deuxième jour. Enfin, dans un cas d'abcès de l'ovaire, extirpé par M. Quénu, la malade est aussi morte de péritonite. Une opérée de salpingite tuberculeuse, à laquelle on dut faire un anus contre nature, a été enlevée par une péritonite tuberculeuse au bout de 3 mois, avant qu'on ait pu refermer l'anus artificiel.

Les hystérectomies abdominales avec pédicule extérieur ont fourni deux décès par urémie. Dans une castration pour fibrome, il y a eu mort et une mort par hémorrhagie interne, le bord externe du ligament large ayant glissé sous la ligature.

Enfin deux malades, atteintes l'une de salpingite double avec rétroflexion de l'utérus, l'autre d'ovaro-salpingite suppurée et de prolapsus utérin, sont mortes la première de péritonite septique, la seconde d'urémie; à ces deux malades, en outre d'une salpingo-oophorectomie, on avait fait une hystéropexie complémentaire.

Les morts sont beaucoup moins nombreuses, et cela se comprend, pour les opérations pratiquées sur les mêmes organes par la voie vaginale. Nous n'avons à enregistrer, à ce point de vue, qu'une mort dans un cas de curettage et d'évidement pour un épithélioma de l'utérus (il s'agissait d'une femme de 60 ans) et deux décès à la suite d'hystérectomies vaginales totales pour cancer utérin, l'un par péritonite, l'autre par pincement de l'uretère, tous les deux au quatrième jour.

Les 14 opérations faites sur les voies urinaires ne nous ont donné que deux insuccès. L'un a trait à un kyste hydatique du rein, traité comme un kyste hydatique du foie; la mort survint au huitième jour. L'autre, qui a trait à un homme atteint de rétrécissement uréthral, d'abcès péri-anal, etc., est survenu 3 jours après une uréthrotomie interne et a été causé par l'infection urineuse. A l'autopsie, on a trouvé une prostate infiltrée de pus et des reins atrophiés.

Les opérations faites sur le membre supérieur, au nombre de 39, ont donné 2 insuccès relatifs d'ailleurs, car ils ne dépendent pas à proprement parler de l'intervention. En effet, dans un cas, un tuberculeux auquel on fit le grattage des os du carpe, est mort de tuberculose pulmonaire un mois et demi après. Dans un autre cas, un homme, atteint d'un phlegmon du bras et de l'avant-bras du côté gauche et auquel on fit des incisions multiples, succomba ultérieurement à une embolie pulmonaire, conséquence d'une infection intense (pleurésie, bronchite, albuminurie, phlegmatia alba dolens, etc.).

Enfin nous comptons 5 décès pour les 55 opérations pratiquées sur les membres inférieurs.

Un amputé de cuisse est mort le jour même de l'intervention, c'était à la suite d'un traumatisme intense: fracture compliquée du fémur avec plaie de l'artère fémorale, et le malade succomba au choc, existant déjà avant l'opération. Cet homme était tombé du haut des fortifications et on l'avait trouvé dans le fossé, ayant perdu beaucoup de sang, incapable de donner des renseignements sur son accident. Il avait 32° de température axillaire quand il fut amputé. La circulation était absolument arrêtée au-dessous de la fracture. Un homme, atteint de fongus hématode de la cuisse gauche, fut enlevé par une embolie pulmonaire, trois jours après l'extirpation de cette tumeur. Un amputé de cuisse pour gangrène gazeuse de la jambe, consécutive à une fracture compliquée du tibia et du péroné avec issue des fragments et accompagnée d'autres blessures, a succombé pendant l'opération. Deux autres fractures compliquées de jambe se sont terminées par la mort, quoiqu'on n'ait fait que la résection des os faisant saillie à l'extérieur; l'un de ces décès a été occasionné par le choc traumatique (on avait amputé en même temps l'avant-bras pour un broiement de la main); l'autre par une attaque de delirium tremens.

Nous allons maintenant essayer de classer les différentes causes d'insuccès.

Tableau indiquant les causes de la mort.

A. — Morts rapides :

a) dues au traumatisme (*Choc*).

1. Une fracture du crâne (fractures multiples), ayant nécessité l'ablation des esquilles.
2. Une laparotomie pour étranglement interne.
3. Une ovariotomie pour tumeur végétante de l'ovaire.
4. Une amputation de cuisse pour traumatisme intense et hémorrhagie importante de la fémorale (T. 32°).
5. Une résection tibio-péronière pour fracture de jambe avec broiement de la main.

b) à une *hémorrhagie* : Castration pour fibrome utérin.

Dans deux de ces cas (castration, ovariotomie), l'acte opératoire a certainement déterminé lui-même la mort;

mais dans les 4 autres, il semble qu'il faille incriminer seulement le traumatisme, cause des accidents primitifs ou l'étranglement interne, plutôt que l'opération.

B. — Complications survenues après l'opération :

a) Accidents pulmonaires (congestion, broncho-pneumonie, pleurésie) :

1. Plaie du crâne (vieillard de 80 ans).
2. Epithélioma du plancher buccal (ablation) (65 ans).
3. Epithélioma de la langue (amputation) (60 ans).
4. Tumeur du maxillaire (extirpation) (45 ans) (?).
5. Thyroïdectomie (goitre) (femme cachectique).
6. Trachéotomie par épithélioma du corps thyroïde (50 ans).
7. Amputation du sein (épithélioma) (56 ans).
8. Hernie inguinale étranglée (alcoolisme et reins malades en même temps).
9. Laparotomie exploratrice et anus iliaque pour tumeur du côlon.
10. Epithélioma rectal (56 ans) (ablation).

b). Embolie pulmonaire :

1. Phlegmon du bras (pleurésie, phlegmatia, infection intense).
2. Epithélioma de la cuisse, avec hémorrhagies.

c). Lésions rénales :

1. Résection du côlon transverse (albuminurie).
2. Hystérectomie abdominale pour fibrome (urémie).
3. Hystérotomie abdominale pour fibrome (urémie)..
4. Salpingectomie et hystéropexie (urémie).
5. Hystérectomie vaginale (pincement de l'uretère).
6. Uréthrotomie interne (infection généralisée des voies urinaires).

C. — Persistance des accidents ayant obligé à l'intervention.

a). Infection généralisée antérieure :

1. Phlegmon de la paroi thoracique (pleurésie).
2. Amputation de cuisse (gangrène gazeuse).

b). Cachexie ou généralition cancéreuse ou sarcomateuse :

1. Sarcome du sein gauche et du grand pectoral.
2. Tumeur kystique du pancréas.
3. Epithélioma de l'utérus (curettage).

c). Tuberculose :

1. Salpingite tuberculeuse (ablation et anus contre nature).
2. Tuberculose des os du carpe (grattage).

d). Alcoolisme :

Amputation de jambe (attaque de delirium tremens).

D). — Accidents septiques, développés à la suite de l'opération.

a). Dus à l'intervention :

1° Malades non infectés avant l'intervention :

1. Myxosarcome du mésentère extirpé (péritonite septique).
2. Kyste hydatique du foie (autres kystes dans le foie) (1).
3. Kyste multiloculaire du ligament large gauche.
4. Tumeur fibro-kystique de l'utérus inclus dans le ligament large.
5. Hystérectomie vaginale (cancer utérin) (péritonite).

2° Malades manifestement infectés avant l'intervention :

6. Pyosalpingite (péritonite suppurée).
7. et 8. Ovaro-salpingites (péritonite septique).
9. Abcès de l'ovaire (péritonite).
10. Salpingite et rétroflexion utérine (ablation des trompes et hystéropexie) (péritonite).

b). Dus à une intervention incomplète ou insuffisante :

1. Hernie inguinale étranglée (sphacèle de l'intestin après réduction intra-abdominale et septicémie).
2. Laparotomie pour plaie de l'abdomen par coup de couteau. (Une plaie intestinale non suturée) (péritonite).
3. Laparotomie pour coup de feu dans l'abdomen. Une plaie de l'intestin non suturée) (péritonite).

(1) Malade très probablement infecté avant l'opération.

Je ferai remarquer, en terminant, que cette année je n'ai pas observé d'érysipèle chez mes opérés. En somme, 13 décès par accidents septiques, dont 10 seulement d'origine opératoire, sur 564 opérations ; soit environ 1.80 0/0 d'accidents septiques d'origine opératoire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Enseignement municipal de la Médecine : Les affiches collectives.

Chaque fois que l'occasion s'en est présentée, nous avons engagé ceux de nos amis qui font de l'enseignement dans les hôpitaux à s'entendre pour faire des *affiches collectives* (1) annonçant leurs leçons. Des essais dans ce genre ont été tentés à différentes reprises, entre autres par les médecins et chirurgiens de l'hôpital Laënnec, des hôpitaux du Midi et de Lourcine. Auprès de l'Administration, nous avons insisté pour qu'elle fît les frais de cette publicité. Aussi avons-nous été heureux de recevoir, il y a quelques jours, l'affiche *officielle* suivante :

Administration générale de l'Assistance publique : Hôpital Saint-Louis.

SERVICES DERMATOLOGIQUES ET SYPHILIGRAPHIQUES (SEMESTRE D'ÉTÉ, 1891).

Programme des cours, conférences, cliniques et policliniques, consultations externes, etc.

Lundi. — M. Ernest Besnier : Clinique dermatologique et syphiligraphique, salle et laboratoire Alibert, à 9 heures 1/4. — M. Quinquaud : Leçons de pathologie et de clinique sur les maladies de la peau et la syphilis, salle Gibert et laboratoire Cazenave, à 4 heures. — M. Tenneson : Maladies du cuir chevelu, laboratoire Biett, à 9 heures. — M. Du Castel : Policlinique, opérations dermatologiques, lupus, acné, etc., salle Emery, à 9 heures. — M. Hallopeau : Consultation externe, rue Bichat, 38, à 9 heures.

Mardi. — M. le Pr A. Fournier : Clinique dermatologique et syphiligraphique, salles Henri IV et Saint-Louis, à 9 heures 1/2. — M. Ernest Besnier : Policlinique, opérations dermatologiques, lupus, acné, etc., laboratoire Alibert, à 9 heures. — M. Tenneson : Opérations dermatologiques, laboratoire Biett, à 9 heures. — M. Quinquaud : Consultation externe, rue Bichat, 38, à 9 heures.

Mercredi. — M. Du Castel : Leçons de pathologie et de clinique syphiligraphiques, salle des Conférences, à 4 heures. — M. Ernest Besnier : Policlinique, maladies du cuir chevelu, dermatophyties, laboratoire Alibert, à 9 heures. — M. Quinquaud : Policlinique, opérations dermatologiques, laboratoire Cazenave, à 9 heures. — M. Tenneson : Consultation externe, rue Bichat, 38, à 9 heures.

Jeudi. — M. Tenneson : Clinique dermatologique et syphiligraphique, laboratoire Biett, à 9 heures. — M. Hallopeau : Policlinique, opérations dermatologiques, laboratoire Bazin, à 9 heures. — M. Du Castel : Consultation externe, rue Bichat, 38, à 9 heures.

Vendredi. — M. le Pr A. Fournier : Clinique dermatologique et syphiligraphique, salle Henri IV et amphithéâtre de la Faculté, à 9 heures 1/2. — M. Ernest Besnier : Consultation externe, rue Bichat, 38, à 8 heures 1/2.

Samedi. — M. Hallopeau : Policlinique, maladies du cuir chevelu, laboratoire Bazin, à 9 heures. — M. Quinquaud : Policlinique, maladies du cuir chevelu, laboratoire Cazenave, à 9 heures ; M. le Pr A. Fournier : Consultation externe, rue Bichat, 38, à 9 heures.

Dimanche. — M. Hallopeau : Leçons de pathologie et de clinique sur les maladies de la peau et la syphilis, salle des Conférences, à 10 heures.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique. Signé : E. PEYRON.

Pour copie conforme, le Secrétaire général : DEROUIN.

Il va de soi que l'Administration est disposée à procéder de même pour les médecins et les chirurgiens des autres hôpitaux. Ceux qui se rappellent les formalités qu'il fallait remplir autrefois, les autorisations qu'il fallait demander

(1) Voir aussi le *Progrès médical* du 25 avril, p. 357.

*

pour faire un cours public et gratuit, autorisations qui, dans certains cas, se faisaient attendre plus que de raison, les critiques même, qu'on adressait sous prétexte de réclame, aux médecins et chirurgiens qui annonçaient leurs cours, ceux-là comprendront que nous signalions d'une façon spéciale la petite réforme qui vient de s'accomplir (1).

C'est là un premier pas. On peut en faire un second très facilement. Nous avons dit que la Société médicale des hôpitaux avait émis le vœu qu'il soit nommé un chef de laboratoire dans les hôpitaux, chargé de pratiquer les autopsies. Ces chefs de laboratoires seront naturellement amenés à enseigner, non seulement la technique des autopsies, mais encore l'anatomie pathologique. Tout le monde étant d'accord sur cette réforme et sur l'organisation dans chaque hôpital de *laboratoires communs*, qui supprimeraient, au grand bénéfice de l'hygiène, les laboratoires disséminés dans les différentes parties des établissements hospitaliers, souvent contigus aux salles de malades, il ne reste plus au Conseil municipal qu'à fournir à l'Administration de l'Assistance publique les moyens de passer, dès cette année, à l'exécution, sinon pour tous les hôpitaux, au moins pour quelques-uns.

Le moment nous paraît aussi être venu pour le Conseil municipal d'encourager efficacement les médecins, les chirurgiens et les accoucheurs qui font des cours dans les hôpitaux. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu pour lui de faire un choix, mais bien de les encourager tous. Pour atteindre ce but, le moyen est tout indiqué, ainsi que nous l'avons déjà dit: il suffit de voter un crédit qui viendrait s'ajouter à la modeste indemnité que reçoivent les médecins, en l'établissant, par exemple, quant à présent, au prorata du nombre des leçons qu'ils feraient. C'est là, d'ailleurs, un point qui ne peut être tranché que lorsque l'expérience aura prononcé.

Ces trois modestes réformes encourageraient le corps médico-chirurgical des hôpitaux à faire de l'enseignement clinique, pratique, et nous sommes certain que cet enseignement aurait le plus vif succès auprès des étudiants en médecine, sur lesquels nous avons le droit de avons compté pour en hâter l'organisation. Nous croyons aussi qu'il attirerait à Paris, en grand nombre, des médecins et des étudiants étrangers qui, par leur séjour, rembourseraient certainement à la Ville les dépenses que nous sollicitons en faveur de l'enseignement clinique dans les hôpitaux.

BOURNEVILLE.

Cours libre de Clinique médicale (*Hôpital Bichat*). **— M. le Dr Huchard.**

Dimanche 3 mai, à 10 heures, M. le Dr HUCHARD inaugurait la série des *Conférences cliniques et thérapeutiques* qu'il continuera les dimanches suivants à la même heure. Malgré l'éloignement de l'hôpital Bichat, la foule des élèves, tant étudiants que jeunes docteurs qui entouraient l'habile clinicien, montrait combien ces conférences pratiques, ces conférences de l'hôpital, répondent à un desideratum de l'enseignement de la Faculté.

Dans une leçon très nourrie de faits cliniques, car il a constamment rappelé qu'il s'adressait, non à des savants, mais à des médecins, M. Huchard a passé en revue les différentes variétés du syndrome *dyspnée*; il a montré comment le traitement symptomatique, qui peut être celui du premier moment, doit céder la place au traitement étiologique, qui est celui du médecin instruit, ayant établi son diagnostic. Mais il ne faut pas s'en tenir là, et sans faire de la médecine de laboratoire, contre laquelle l'orateur s'insurge vivement, il faut cependant se servir des données des physiologistes et faire la vraie thérapeutique, la seule efficace, la thérapeutique pathogénique.

S'il s'agit d'une *dyspnée* par intoxication — urémique, par exemple — éliminer le poison sera la première indication : la saignée y répondra ; traiter la maladie, cause de la dyspnée, la deuxième, et relever la tension vasculaire, l'indication pathogénique.

Mais résumer la leçon de M. Huchard n'est pas chose aisée, car on est exposé à retomber dans l'écueil auquel il échappe toujours, et l'on fait de la théorie, tandis que le clinicien réparaît constamment avec les faits, les histoires cliniques, dont il sème sa leçon avec une profusion qui ne fatigue jamais et est toujours instructive. Et, s'appuyant de l'autorité indiscutable de Trousseau, il a terminé en disant que tous ceux qui sont soucieux d'apprendre la vraie clinique, de savoir la conduite à tenir au lit du malade, iront compléter les leçons théoriques apprises aux savants cours de la Faculté, par l'enseignement qui se fait à l'hôpital, soit dans les amphithéâtres, soit au lit du malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. RANVIER. — *De l'origine des cellules du pus et du rôle de ces éléments dans les tissus enflammés.* — Toutes les cultures du pus ne proviennent pas de la diapédèse. En étudiant les processus inflammatoires sur l'épiploon des Mammifères, il est facile de voir que les clasmatocytes qui occupent à l'état normal la charpente conjonctive de cette membrane ont complètement disparu 24 heures après l'injection intra-péritonéale de nitrate d'argent. Ils y sont remplacés par un grand nombre de cellules lymphatiques. Les clasmatocytes irrités sont redevenus embryonnaires, ils se sont transformés en leucocytes ; ceux-ci se sont multipliés par le mécanisme de la karyokynèse. Les cellules du pus proviennent dans ce cas, en aussi grand nombre, de la transformation des clasmatocytes que de la diapédèse. — M. Metchnikoff a démontré l'importance des cellules lymphatiques dans le combat de l'organisme contre les microbes. Dans l'inflammation simple, déterminée par les agents caustiques ou irritants, leur rôle n'est pas moindre. De même que dans la régénération des nerfs sectionnés, les cellules lymphatiques font disparaître la myéline de l'extrémité du segment central du nerf et préparent ainsi le travail de régénération, de même aussi dans l'inflammation expérimentale, les leucocytes sont chargés d'éliminer les éléments frappés de mort et de nettoyer le terrain. On trouve toujours ces leucocytes chargés de débris de forme et de grandeur variées, parmi lesquels on reconnaît des globules rouges, des granulations graisseuses, des grains d'albuminate d'argent, etc.

M. O. VAN DER STRICHT. — *Contribution à l'étude du mécanisme de la sécrétion urinaire.* — Le plateau qui recouvre la surface interne des cellules sécrétantes du rein doit être considéré comme un véritable organe de protection, destiné à écarter du corps protoplasmique toutes les substances capables d'entraver leurs fonctions. La structure de cette cuticule varie beaucoup d'après le fonctionnement des cellules épithéliales. A l'état de repos complet, elle est homogène. A l'état d'activité, elle est traversée par une ou plusieurs stries claires. Quand celles-ci sont très nombreuses, elle peut paraître constituée par l'agrégation d'un grand nombre de petits bâtonnets. A la suite

(1) Ainsi que le montre l'affiche, plusieurs cours ont lieu dans l'après-midi. Aux professeurs qui ont eu la bonne idée de choisir cette heure citée plus haut ou dans notre dernier n°, il convient d'ajouter notre ami, M. SEVESTRE (Hôpital Trousseau).

d'une activité exagérée, la cuticule peut être détachée et entraînée avec l'urine. Les produits de la sécrétion rénale s'accumulent à l'intérieur des cellules épithéliales sous forme d'amas liquides présentant l'aspect de stries, de boules ou de vésicules de volume très variable, d'une apparence homogène, hyaline, analogue au contenu des canalicules contournés. Ils sont déversés à l'intérieur de ces derniers par des interstices plus ou moins larges du plateau. Des amas liquides volumineux font souvent irruption à travers la cuticule de revêtement à l'intérieur des canalicules. Ils la soulèvent et l'entraînent quelquefois à leur suite. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

M. LABORDE présente deux *grenouilles épileptiques* chez lesquelles une excitation périphérique détermine des convulsions généralisées, précédées d'une période tonique, et suivies d'une phase de stupeur. Cette épilepsie est expérimentale et a été obtenue par l'ablation d'un lobe cérébral chez l'un des animaux, par la piqûre des corps restiformes chez le second.

M. MORAU a injecté, à l'aide d'une seringue de Pravaz, le suc provenant d'une tumeur spontanée de la souris à plusieurs animaux de même espèce. Il a ainsi obtenu dans l'aine et dans l'aisselle la production des *tumeurs expérimentales* reproduisant les caractères de la tumeur primitive, que l'examen histologique a montré être un épithélioma cylindrique. Les tumeurs étaient susceptibles de généralisation. L'inoculation a pu être pratiquée en trois séries comprenant dix-huit animaux en tout.

M. RETTERER a étudié le *développement du vagin* dans l'espèce humaine et il a constaté que le vagin se forme par le cloisonnement du sinus uro-génital au-dessous de l'abouchement des canaux de Muller. Il se dessine sur les parties latérales du sinus deux crêtes ou éminences qui s'avancent l'une vers l'autre et se soudent pour former ce qui représentera la cloison inter-uréthro-vaginale.

M. COMBEMALE (de Lille), ayant injecté du *bleu de méthylène* sous la peau de différents animaux, ne constate pas de coloration du cylinder-axis sur les nerfs examinés dans des régions éloignées du lieu de la piqûre. Cette coloration ne peut s'obtenir qu'en laissant les sujets plusieurs jours de suite dans une solution de bleu de méthylène. Si l'on donne, au contraire, à des chiens, 50 centigr. de cette solution par kilogramme du poids du corps (ce qui constitue le chiffre toxique minimum), le spectre de la méthoglobine s'observe dans le sang des animaux. C'est donc dans l'intoxication par le bleu de méthylène, la méthémoglobinisation du sang, que se trouve être le fait important, et les phénomènes analgésiques n'arrivent qu'au second plan, produits précisément par cette méthémoglobinisation.

MM. GILBERT et GIRODE ont inoculé à des cobayes du bacille d'Eberth. Ils relatent en détail deux de ces cas *de fièvre typhoïde expérimentale* et montrent leur analogie avec les cas de fièvre typhoïde humaine. Deux cobayes inoculés sous la peau du dos présentent de la diarrhée, de l'amaigrissement et meurent, l'un après 14 jours, l'autre après 32. A l'autopsie, l'intestin grêle est rouge, la muqueuse boursouflée, les plaques de Peyer injectées et saillantes; il existe des ulcérations bien dessinées, ainsi qu'une tuméfaction du foie, de la rate et des ganglions mésentériques. La coupe histologique montre que l'ulcération occupe toute l'épaisseur de la muqueuse; son fond est formé par la celluleuse ; la musculeuse est œdématiée; de nombreuses thromboses vasculaires se rencontrent dans l'ulcération et les ganglions mésentériques. Sur l'ulcération et dans les vaisseaux thrombosés on trouve des amas de bacilles d'Eberth dont les observations ont obtenu par ensemencement des cultures pures. Donc tout rappelle l'infection typhique humaine : évolution et durée de la maladie, siège et forme des lésions, examen bactériologique.

M. LAULANIÉ envoie une note sur les *fonctions du corps thyroïde* qu'il assimile à une véritable glande à sécrétions internes.

MM. CADÉAC et MEUNIER ont trouvé que l'*essence de fenouil* qui entre dans la composition du vulnéraire est épileptisante en injections intraveineuses chez le chien.

M. GRIGORESCU adresse une note sur l'*emploi de la glycérine* comme topique et anesthésiant dans les brûlures. Al. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. LE DENTU présente un *rein calculeux renfermant des gaz* qu'il vient d'extirper. Il présente des bosselures donnant du gargouillement à la pression et de plus il est sonore, ce qui ne peut tenir qu'à l'existence de gaz. Ce cas est exceptionnel et on n'en connaît qu'un autre chez un enfant de 8 ans qui fut ponctionné successivement par MM. Marchand et Lannelongue. La seconde ponction donna issue à des gaz. L'analyse démontra que sur 16 cc. il y en avait 8 d'oxygène, 7 d'azote et 1 d'acide carbonique. L'autopsie démontre qu'ils provenaient d'une dilatation kystique et ne provenaient ni de l'intestin, ni de la putréfaction, mais que c'étaient les gaz du sang dans une proportion spéciale. Dans le cas de M. Le Dentu, l'analyse n'a pas encore été faite. Ces faits sont à rapprocher de ceux où l'exhalation gazeuse se fait dans la vessie.

M. GUYON rappelle que, d'après les recherches d'un de ses élèves, M. Guiard, dans tous les cas de pneumaturie, l'urine est purulente et contient du sucre. M. Le Dentu a-t-il fait l'analyse des urines de son malade ?

M. LE DENTU pense que la loi relative à la présence des gaz dans la vessie est trop absolue. Il connaît, en effet, un malade atteint de pneumaturie et dont l'urine ne contient ni sucre, ni pus.

La discussion continue sur les *causes de la dépopulation de la France*.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL lit, au nom de M. le Président, une conclusion destinée à remplacer la première de la Commission et les différentes autres, proposées par divers membres, dans les dernières séances. Voici cette conclusion :

« L'Académie émet le vœu : que, dans chaque département, il soit établi au moins un asile destiné à recevoir les femmes pendant les derniers mois de leur grossesse ; que toute femme, si elle le désire, puisse y être reçue dans des conditions qui assurent le secret absolu sur son entrée et son séjour dans cet établissement et sur son accouchement ; qu'il sera interdit de faire une enquête administrative sur le domicile et l'identité de toutes les femmes enceintes ou en couches qui sont hospitalisées ; que des tours soient établis dans tous les départements et que, dans le même local, soient réunis un tour et un bureau ouverts ; que des secours soient accordés aux femmes ne pouvant, faute de ressources suffisantes, élever leur enfant (Adopté à l'unanimité). »

Deuxième conclusion :

« Que la loi du 23 septembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge, soit revisée dans quelques-unes de ses dispositions et notamment dans celle qui a trait à l'élevage mercenaire. Il ne faut pas désormais qu'il échappe à la surveillance sous le couvert de la parenté. Il faut qu'une statistique irréprochable permette de mesurer les effets de la loi ; que l'inspection médicale soit solidement organisée partout et que la loi soit obligatoire pour tous les départements (Adopté). »

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL propose, au lieu de la 3e conclusion suivante, la rédaction suivante :

« L'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires par une loi (Adopté). »

M. le Secrétaire perpétuel propose, au lieu de la 4e conclusion, la rédaction suivante :

« En attendant que cette loi d'intérêt national ait été adoptée par le Parlement, l'Académie émet le vœu que la vaccination et la revaccination soient encouragées et facilitées par tous les moyens possibles, en tous temps et notamment toutes les fois que la nécessité d'y avoir recours aura été signalée aux pouvoirs municipaux par les conseils d'hygiène ou les médecins des épidémies, mais surtout lorsqu'apparaît une menace d'épidémie de variole, parce que, contrairement au préjugé populaire, la vaccination et la revaccination sont le plus sûr moyen d'en arrêter les progrès (Adopté).

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture de la 5e conclusion modifiée :

« Que les enfants soient tous vaccinés et revaccinés dans les écoles, comme les soldats le sont dans l'armée de terre et de mer (*adopté*). »

La 6e conclusion est ainsi conçue :

« Que l'isolement des varioleux, surtout dans les établissements hospitaliers, soit imposé par des mesures législatives (*adopté*). »

La 7e conclusion est ainsi modifiée :

« Qu'un service régulier de vaccination, fonctionnant dans toute l'étendue du territoire, soit organisé de telle façon que chacun puisse se faire vacciner ou revacciner à jour fixe, sans déplacement notable et sans frais (*adopté*).

M. Le Fort propose d'intercaler, entre la 7e et la 8e conclusions, l'article additionnel :

« Les épidémies de variole, rougeole, scarlatine, diphtérie, n'existent que par la multiplicité des contagions, il est à désirer que l'isolement effectif des malades atteints de ces affections, aussi bien dans leur domicile particulier que dans les hôpitaux, que la déclaration des cas de maladie et que la désinfection de tout ce qui peut transmettre le principe morbide, soient imposés par la loi. »

M. Brouardel propose d'ajourner la discussion de cet amendement à cause de son importance (*adopté*).

La 8e conclusion est ainsi conçue :

« Que les municipalités et à leur défaut les préfets soient armés de pouvoirs suffisants pour assurer la salubrité publique dans toutes les agglomérations et pour faire distribuer partout de l'eau potable exempte de toutes souillures (*adopté*). »

La discussion de la 9e conclusion est ajournée.

La 10e conclusion est repoussée.

M. Barthe de Sandford fait une communication *sur l'emploi des boues thermales de Dax en dehors de cette station.*

Election pour une place de *correspondant national* (1re division). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : 1° M. Farge (d'Angers) ; 2° M. Duché (d'Ouanne) ; 3° M. Pilat (de Lille) ; 4° MM. Costa (d'Ajaccio), Liétard (de Plombières) et Spillmann (de Nancy). P. Sollier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 *mai* 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Quénu, à propos du procès-verbal, mentionne les essais faits dans son service avec la *Pyoctanine*. Dans deux cas de ganglions tuberculeux, il a obtenu une amélioration évidente. Dans deux cas de cancers, les résultats ont été bien moins bons. Dans un cas d'épithélioma du maxillaire inférieur, il y a eu un œdème considérable de la face et des douleurs après les injections. Dans une récidive de lymphosarcome, on a constaté, à l'autopsie, après dix injections, que le centre seul des tumeurs était ramolli. La coque n'avait point été pénétrée par le liquide et la matière colorante n'avait pas agi à distance. Il y a, en somme, peu à attendre de la pyoctanine dans les cas de tumeurs malignes.

M. Lagrange (de Bordeaux) fait une communication sur le *pronostic et le traitement des tumeurs malignes intra-oculaires.* Les tumeurs malignes intra-oculaires comprennent : 1° le sarcome mélanique du tractus uvéal ; 2° le sarcome blanc ou leucosarcome de la même région ; 3° le gliome de la rétine.

Le sarcome mélanique est la tumeur la plus maligne ; sa malignité l'emporte sur celle du gliome. La mélanose indique nettement un caractère infectieux. Sur 195 sarcomes mélaniques, 75 ont été mortels et l'on n'a eu que 15 guérisons ; 37 fois, il y a récidive locale dans l'orbite. La cause de la récidive semble être une ablation incomplète des parties malades. M. Lagrange a vu sur la périphérie des globes oculaires enlevés des cellules sarcomateuses sortant des vaisseaux. — Le sarcome blanc est plus rare. Quand il est embryonnaire, c'est-à-dire à cellules rondes, petites, il est grave et très malin ; il récidive moins quand il est à cellules fusiformes. — Le gliome de la rétine ne mérite pas un pronostic aussi sombre qu'on a bien voulu le dire et la thérapeutique est ici plus puissante. Pour beaucoup d'auteurs, le gliome est encore un *noli me tangere.* Il y a pourtant d'assez nombreux cas de guérison. M. Lagrange en donne un qui lui est personnel. Un malade opéré en novembre 1888 est toujours resté guéri. Sur 97 cas publiés, il y en a 25 chez lesquels la survie a été assez longue. Une variété de gliome (Gl. endophyte) est moins grave que l'autre.

Il conclut de ces remarques : 1° Les tumeurs malignes intra-oculaires se propagent de bonne heure aux parties voisines ; par suite, l'énucléation est souvent suffisante ; 2° A son avis, c'est l'évidement orbitaire qui doit être la règle ; l'énucléation, l'exception. 3° On peut se borner à l'énucléation dans le sarcome fusiforme, le gliome endophyte ; on doit recourir d'emblée à l'évidement (extirpation de toutes les parties molles de l'orbite) dans le sarcome mélanique, le sarcome blanc embryonnaire, et la grande majorité des gliomes.

M. L. Championnière. — Quoi que l'on fasse, évidement ou énucléation, on a les plus grandes chances d'avoir des récidives dans le sarcome mélanique du globe de l'œil, comme on les a dans les autres parties du corps. La récidive tient surtout ici à la nature même du cancer, qui est des plus infectieux, plutôt qu'à la quantité de tissus, en apparence sains, enlevés. D'ailleurs la chirurgie des cancers est encore aujourd'hui dans l'enfance, de même que leur étiologie. On opère parce qu'on ne peut pas faire autre chose, mais ce n'est pas là de la fameuse besogne. Le sarcome mélanique est presque un *noli me tangere.* Il cite plusieurs exemples de récidives de ce cancer survenues très rapidement. En résumé, pour l'œil comme pour toute autre partie du corps, la récidive dans le cancer mélanique tient plutôt à la nature de la tumeur qu'à la nature de l'opération.

M. Berger connaît un certain nombre de tumeurs mélaniques opérées et non récidivées. Il cite un cas à ce point de vue : un homme est atteint de cancer mélanique du pouce. On lui ampute le pouce. Récidive dans l'avant-bras ; amputation de l'avant-bras. Il y a récidive dans la cicatrice ; on désarticule l'épaule. Ce malade est resté guéri 1 an et demi.

M. Delens connaît plusieurs cas de tumeurs mélaniques de la conjonctive opérées et non récidivées.

M. Lagrange rappelle que l'on connaît au moins 15 cas de tumeurs mélaniques de la choroïde opérées ; l'opération a été suivie d'une guérison définitive. Il a d'ailleurs constaté lui-même la façon dont s'étendait ce cancer ; la récidive n'est pour lui qu'une continuation de la maladie et il croit que l'on peut lutter contre cette récidive locale en opérant plus largement.

M. L. Championnière. — Certes, il faut opérer le plus largement possible ; mais avouez qu'on n'aura pas encore fait beaucoup.

M. Tillaux trouve que M. Championnière généralise trop. Un de ses opérés pour cancer mélanique de l'œil a vécu trois ans. Dans un autre cas, ayant débuté par la conjonctive, l'opération a été aussi utile. Le sarcome mélanique ne va pas plus vite, en somme, que le cancer du testicule. Si on opère des cancers, on doit opérer le cancer noir.

M. Kirmisson. — J'ai opéré, il y a deux ans, une femme ayant un sarcome mélanique ulcéré de l'aine. L'état général était déplorable. J'ai vidé l'aine littéralement et j'ai revu cette malade ces jours-ci avec une petite récidive dans la cicatrice. Je suis de l'avis de M. Tillaux.

M. L. Championnière n'opère le cancer noir que lorsqu'il devient douloureux.

M. Lagrange est convaincu qu'il faut opérer largement le cancer de l'œil comme ceux des autres parties du corps.

M. Terrier lit la *statistique des opérations pratiquées dans son service à l'hôpital Bichat pendant l'année* 1890. (Voir plus haut, p. 377).

M. Tuffier présente un enfant de 25 jours, opéré il y a 15 jours d'une *hernie inguinale étranglée*, renfermant le cæcum et un peu d'*intestin grêle*. Cette hernie reconnaissait pour cause probablement une malformation du ligament supérieur du cæcum.

M. Chaput présente un nouveau modèle d'*entérotome*, plus léger, plus facile à nettoyer et mieux construit que l'ancien.

Marcel Baudouin.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

Séance du Lundi 4 Mai 1891.

M. le Pr Panas, président de la *Société française d'Ophtalmologie*, souhaite la bienvenue aux membres qui ont répondu à l'appel du comité pour cette nouvelle session. Il fait remarquer que les communications nombreuses, qui vont occuper toutes les séances, témoignent de l'activité toujours croissante de la Société. M. Panas fait ensuite l'éloge de MM. Warlomont, de Bruxelles; Delacroix, de Reims; Martin, de Marseille, dont la Société déplore la perte. M. Warlomont a été pendant un demi-siècle un des principaux représentants de la presse ophtalmologique de langue française. C'est à son initiative et à son talent d'organisateur que l'on doit le mouvement qui s'est fait en faveur des Congrès internationaux et son activité explique le grand succès des *Annales d'oculistique* qu'il dirigeait depuis plusieurs années. Parmi ses nombreuses publications, il faut citer une traduction magistrale du traité de Mackensie. M. Delacroix, nature d'élite et d'une grande érudition, M. Martin, membre ancien de cette Société, avaient su conquérir l'estime de tous leurs confrères. Après cette courte allocution, M. Panas cède le fauteuil de la présidence à M. Pflüeger (de Berne).

Sur le traitement des affections des voies lacrymales.

M. Terson (de Toulouse). — *Considérations générales.* — Les mots « voies lacrymales » m'ont paru indiquer qu'il devait être seulement question, dans ce travail, du traitement des affections de l'appareil excréteur ou éliminateur des larmes, à l'exclusion de tout ce qui concerne les maladies de l'appareil sécréteur. Les affections des voies lacrymales peuvent se révéler par un simple larmoiement; mais souvent le larmoiement est un épiphénomène, il peut même presque manquer; et l'on doit considérer comme manifestations fondamentales de ces affections, l'augmentation et l'altération plus ou moins accusées des sécrétions naturelles, dues à l'infection, à un degré variable, de la muqueuse des voies lacrymales. Le phlegmon du sac et la fistule qui en est souvent la suite, ne sont, sauf les cas de carie osseuse, que des complications dues à des causes fortuites, mais dépendantes de la même cause, l'infection. Le traitement du larmoiement, qu'on peut appeler catarrhal, se lie à celui de l'infection primitive du canal lacrymo-nasal et de ses conséquences; tandis que le larmoiement, qui est pour ainsi dire indépendant des lésions de l'appareil lacrymal, exige un traitement en rapport avec les différentes causes dont il émane, telles qu'un vice de réfraction; des maladies de la conjonctive ou de la cornée; une anomalie de position ou de texture ou une obstruction des points et des conduits lacrymaux. L'infection, dans le catarrhe des voies lacrymales, est démontrée par la nature des lésions anatomo-pathologiques de la muqueuse lacrymo-nasale et par la virulence des sécrétions altérées du sac sur le tissu cornéen dépouillé de son épithélium. Cette infection est due aux rapports de voisinage et de continuité de la muqueuse des voies lacrymales; d'un côté avec la conjonctive; de l'autre avec la muqueuse des fosses nasales, qui en est la source la plus ordinaire. La cause habituelle des obstacles au cours des larmes ou au passage de la sonde exploratrice est une sorte de plissement ou de gonflement de la muqueuse et non (sauf exception) un rétrécissement cicatriciel. Cette boursouflure, qui diminue le calibre du canal nasal inextensible, est l'agent de l'accumulation et de la stagnation des liquides sécrétés sur place ou amenés du dehors dans le sac lacrymal, libre de tout contact osseux dans sa région antérieure: de là, l'altération plus grande de la sécrétion du sac lacrymal et sa dilatation progressive, cause nouvelle de stagnation et d'infection.

I. — *Traitement du catarrhe chronique des voies lacrymales.* Des considérations précédentes, il résulte que l'indication principale à remplir pour rompre ce cercle vicieux trop évident est, après avoir remédié dans la mesure du possible à la cause première du mal, de combattre, par tous les moyens dont nous disposons aujourd'hui, l'infection de la muqueuse lacrymo-nasale et la stagnation des liquides dans le sac distendu. La dilatation progressive des voies présumées rétrécies ou obstruées, par la méthode de Bowman, jointe aux injections détersives, d'après le procédé déjà ancien d'Anel, jouissait d'une grande vogue, il y a peu de temps. Mais on s'est aperçu que l'emploi de sondes volumineuses aggravait la situation des malades et que l'incision étendue des conduits lacrymaux, que l'on croyait à tort nécessaire pour le passage de grosses sondes, laissait souvent subsister un larmoiement rebelle à tous les moyens. Ces inconvénients joints aux heureux effets des irrigations antiseptiques, en chirurgie générale, ont peu à peu conduit les praticiens à s'en tenir, *dans les cas ordinaires*, à l'usage de sondes pleines ou creuses d'un petit calibre, permettant une irrigation prolongée des voies lacrymales à travers les points simplement dilatés ou à peine fendus, à l'aide des divers antiseptiques. Ce système de traitement a le mérite de respecter les dispositions anatomiques de l'appareil excréteur des larmes; mais il exige un temps indéterminé et toujours si long, que peu de malades peuvent en bénéficier. *Dans les cas plus graves*, beaucoup d'opérateurs incisent largement le conduit lacrymal supérieur et même le ligament palpéhral interne. On connait le procédé de Stilling plus large encore dans l'exécution du débridement du canal nasal. Ces moyens, aidés d'irrigations, détruisent pour quelque temps au moins le cloaque qui existe au voisinage immédiat de l'œil. Ils conviennent aux malades qui ne peuvent ou ne veulent consentir à subir un long traitement et, par l'évacuation facile des matières, ils rendent presque impossible l'apparition soudaine d'un violent phlegmon du sac. Mais, comme l'emploi des grosses sondes, ils laissent souvent les malades en proie aux ennuis d'un larmoiement des plus gênants. Pour être complet au point de vue des méthodes actuelles destinées à rétablir un passage facile des sécrétions à travers le canal nasal, je devrais parler de l'emploi des sondes *à demeure* dites à crosse, ou d'autres engins de dilatation permanente. Il me suffira de dire que le courant de l'opinion n'est plus aujourd'hui dirigé de ce côté. L'expérience démontre que le système des sondages et des injections, *excellent en principe*, peut guérir un certain nombre de malades; mais il en laisse sûrement plus de la moitié aussi larmoyants et quelquefois plus qu'ils ne l'étaient avant tout traitement. Comment modifier ce fâcheux état de chose, que je me suis permis de signaler à la dernière réunion du Congrès d'ophtalmologie lors de la communication de notre collègue Gillet de Grandmont sur l'inutilité de l'incision des points lacrymaux et l'inconvénient des sondes métalliques? Il faut sortir de la routine. Je suis d'avis que lorsque les voies sont bien perméables et qu'il persiste un larmoiement intense, il est inutile de continuer indéfiniment à sonder et à injecter, comme on le fait encore trop souvent. A tout prendre, nous pouvons avoir plus d'une fois mal interprété la cause originelle du larmoiement; car nous manquons d'éléments précis pour apprécier avec certitude si celui-ci tient à un défaut de l'appareil éliminateur ou au contraire à une suractivité de la glande lacrymale. Il faut donc à tout prix tâcher de diminuer ou de tarir la sécrétion lacrymale. L'extirpation de la portion orbitaire de la glande lacrymale peut réussir à supprimer entièrement le larmoiement le plus rebelle; mais elle doit céder le pas à l'ablation de la portion palpébrale de la glande pratiquée du côté du cul-de sac de la paupière supérieure, qui ne laisse aucune trace. L'expérience prouve en effet que, *bien exécutée*, celle-ci suffit à donner au malade, dans un très grand nombre de cas, un complet soulagement. Il n'y a plus à discuter l'utilité de cette dernière opération, mais à en perfectionner de plus en plus le manuel opératoire et à en rechercher avec soin toutes les indications. Ce ne sera donc qu'après l'insuccès de l'ablation de la glande palbébrale, qu'il sera permis d'enlever la glande orbitaire. Dans l'un ou l'autre cas, en raison même de l'infection préalable des voies lacrymales, il faudra prendre toutes les précautions antiseptiques possibles.

II. — *Traitement des complications du catarrhe chronique des voies lacrymales.* — Lorsque la sécrétion du sac prend un aspect franchement purulent et que de longues irrigations ne modifient pas rapidement cet état de choses, il peut être très utile de faire à plusieurs reprises une injection modificatrice avec une solution un peu concentrée de nitrate d'argent. Dans les cas de phlegmon du sac il faut, si c'est possible, faire l'incision libératrice, en passant par le point lacrymal supérieur et sectionner en même temps le ligament palpébral interne. D'abondants lavages

antiseptiques sont de rigueur. La fistule lacrymale, qui n'est pas causée par une carie osseuse, guérit assez rapidement par un large débridement du ligament palpébral interne suivie ou non, selon les cas, de la cautérisation du trajet fistuleux. S'il y a quelque complication osseuse qui amène des récidives, il faut faire avec soin la destruction du sac au thermo-cautère. Il en sera de même si l'on a affaire à un malade ayant déjà subi des atteintes de kératite infectieuse grave.

On fera aussi la destruction du sac si l'on ne peut parvenir à rétablir la perméabilité de l'orifice inférieur du canal nasal. La dilatation très exagérée du sac pourra exiger son extirpation partielle ou totale; mais seulement si elle est arrivée à un degré tel qu'une large incision avec lavages répétés ne puisse restreindre à une juste mesure le catarrhe aggravé par l'atonie complète des parois musculaires.

III. — *Lésions des voies lacrymales résultant d'infections générales.* — Il nous faut mentionner enfin les affections des voies lacrymales résultant d'infections générales diathésiques, tuberculose, syphilis, auxquelles on réservera le traitement approprié. *En résumé*, les affections lacrymales sont le plus souvent la suite d'une infection de la muqueuse du canal lacrymo-nasal. Cette infection se complique plus ou moins de larmoiement selon les cas et le larmoiement est à son tour une cause d'entretien du catarrhe des voies lacrymales. Si après l'amélioration du catarrhe par l'emploi des moyens ordinaires, le malade est très incommodé par un larmoiement persistant, il faudra pratiquer l'ablation de la glande palpébrale et, dans des cas exceptionnels, l'extirpation de la glande orbitaire. Si des complications osseuses rendent la guérison du catarrhe des voies lacrymales presque impossible, il faudra procéder à la destruction du sac, se réservant encore d'enlever la glande lacrymale palpébrale si l'oblitération complète de l'appareil éliminateur des larmes provoquait ou laissait subsister un larmoiement incoercible.

Du curettage du sac lacrymal.

M. DESPAGNET dit que le larmoiement par hypersécrétion est très rare et celui produit par défaut d'excrétion est le plus souvent dû à un catarrhe de la muqueuse du sac lacrymal, catarrhe qui amène un œdème de cette muqueuse avec végétations à sa surface et sécrétion exagérée d'un liquide visqueux, filant; il faut exclusivement, pour toute thérapeutique, tenter de modifier l'état de cette muqueuse. Le cathétérisme modéré, les injections antiseptiques et astringentes doivent, au début, former la base du traitement. Si le larmoiement persiste, cela tient à ce que la muqueuse plissée, recouverte de fongosités, forme de véritables cloaques où les liquides modificateurs ne peuvent pénétrer. Dans ces cas j'ouvre le sac par une ponction de la paroi antérieure. Puis écartant fortement les lèvres de la plaie, je mets à découvert l'intérieur du sac antiseptisé par des lavages avec une solution de sublimé à 1/1000. Cela fait, je pénètre à l'intérieur avec une curette demi-mousse et je pratique l'abrasion de la muqueuse qui saigne abondamment après ce curettage. S'il y a des végétations trop saillantes je les excise. Si le sac est trop augmenté de volume, je le réduis en enlevant une portion de la paroi antérieure. L'hémostase obtenue, je touche les parois du sac avec un mélange de sublimé et de glycérine à 1/200. Léger pansement compressif. On renouvelle lavages et attouchements avec la glycérine au sublimé plusieurs fois par jour et cela pendant 8 à 10 jours que la plaie met à se fermer, on continue ensuite ces lavages par les points lacrymaux. Cette opération qui s'applique au larmoiement avec ou sans mucocèle est peu douloureuse. Je l'ai toujours pratiquée sans aucune complication. J'ai toujours conservé intact l'appareil excréteur des larmes. J'ai, à l'appui du curettage, plusieurs observations dont une de phlegmon du sac en récidive et deux de mucocèle guéri par ce procédé. Je combats l'excision de la portion palpébrale de la glande lacrymale préconisée dans ces cas par M. de Wecker, parce qu'elle est illogique et contraire à l'anatomie pathologique du larmoiement. La lésion étant dans le sac, il n'est pas rationnel de s'attaquer à une partie saine diamétralement opposée.

M. LIBRECHT (de Gand), pour le *traitement de la tumeur lacrymale*, fait l'incision au bistouri et à l'aide d'une sonde cannelée : il place ensuite une sonde à demeure à cannelure très fine et fait dans le sac des injections au chlorure de zinc. Grâce à ce traitement, il a vu rétrocéder des tumeurs volumineuses et qui avaient résisté à tout traitement.

M. TROUSSEAU. — Ce qui doit dominer dans cette question c'est la précision du diagnostic. La conduite à tenir dépend de plusieurs considérations concernant la direction et le nombre des points lacrymaux, les canalicules. Dans les affections canaliculaires récidivantes on ne guérit pas le larmoiement par des incisions répétées. D'autre part, certaines dacryocystites reconnaissaient pour causes des ostéopériostites. En ce qui concerne la dacryocystite des nouveau-nés, toute la thérapeutique doit se borner à faire de l'antisepsie et le traitement nasal. J'ai observé une fistule lacrymale congénitale chez deux sœurs jumelles; chez l'une d'elles, dont la fistule était très petite, j'ai obtenu un résultat en faisant la dilatation par le thermocautère.

M. PARINAUD. — On tend à attribuer une trop grande importance à l'infection des voies lacrymales. Les affections lacrymales ont pour point de départ une lésion de la muqueuse du nez ou de la conjonctive; qu'elle soit infectieuse ou non, elle amène un obstacle mécanique au cours des larmes. Cet obstacle peut être un simple rétrécissement ou une dilatation du canal nasal, et il est la cause de tous les accidents. A ceux qui veulent substituer la dilatation à l'incision je répondrai que celle-ci est inoffensive, et je rappellerai qu'un de nos anciens maîtres disait, sous une forme humoristique, que le créateur aurait dû nous faire naître avec des points lacrymaux incisés. La dilatation peut être nuisible. Pour la distension du sac, l'ectasie simple, je me suis très bien trouvé de l'emploi de la pâte de Vienne avec conservation de la perméabilité du canal lacrymal.

M. GRANDCLÉMENT. — Je conseille souvent de comprimer le sac lacrymal et de faire du massage vingt fois par jour. A l'aide de cette simple manœuvre on chasse ainsi le bouillon de culture pour les microorganismes.

M. GILLET DE GRANDMONT. — On arrivera peu à peu à l'abandon de l'incision et des grosses sondes. Tout le traitement consiste dans l'antisepsie pour combattre la présence des microorganismes dans le sac lacrymal et le nez. Les injections de liquide antiseptique devront remplacer l'emploi des tiges rigides.

M. DE WECKER. — M. Terson dit que l'opération de l'extirpation de la glande palpébrale que j'ai préconisée n'a pas été suffisamment réglée. Cependant, avec le procédé que j'ai indiqué, il est facile de l'extirper en totalité. Le point important est de bien la mettre à jour; on y arrive de plusieurs manières. Telle que je l'ai indiquée l'opération est simple, mais il faut la limiter dans une certaine mesure. De plus on est à l'abri de tout danger; le cas de mort qui a été cité a eu lieu par l'ablation de la glande orbitaire. Avec l'extirpation simple de la glande palpébrale, il n'y a pas de gonflement de la paupière. M. Despagnet se méprend sur les indications de cette opération. On ne la fait pas dans la dacryocystite, qui est plutôt du domaine du rhinologiste. Nous devons nous occuper du larmoiement, où le sondage est resté inefficace et pour lequel il faut s'adresser à la glande.

M. PECHEDO (de Villefranche). — On ne tient pas assez compte, comme influence étiologique, de l'hygiène générale et de l'état constitutionnel; ainsi les logements malsains ont une action sur la production du catarrhe du sac lacrymal. A un autre point de vue, les accidents sont moins à craindre en présence de kératites graves à récidives. Un œil dans ces conditions peut subir impunément de nouvelles poussées inflammatoires, et dans ces cas il n'y a pas de nécessité de détruire le sac.

M. VIGNES (Paris). — Pour la conduite à tenir il y a trois points à considérer : 1° le larmoiement est simple; 2° la dilatation se joint au larmoiement; 3° le sac est dilaté et le contenu est muco-purulent. Dans le premier cas, je me borne à la dilatation des voies avec un stylet conique. Ou encore je passe les sondes n°s 2 et 3 et je fais des lavages avec une solution de naphtol β 1.2500 avec une canule de forme conique percée d'un œillet latéral. Les douches nasales avec la même solution sont justifiées par la possibilité de la genèse de l'inflammation par continuité d'une muqueuse à l'autre. Si le sac est dilaté, je fais des instillations de quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent au 50e; mais les résultats ont été peu

nombreux parce qu'il est difficile d'aseptiser tous les replis de la muqueuse qui s'opposent à la filtration lacrymale. De tous ces modes de destruction du sac, celle par le fer rouge, pratiquée par M. le Dr Panas, est la plus recommandable. On est en droit de supposer que la sécrétion est susceptible d'augmenter lors de lésions séculaires par irritation réflexe causée par l'action nocive des produits d'excrétion. Les expériences de Magendie sur le pouvoir sécrétoire du sac lacrymal et ce fait que les nerfs qui lui sont fournis sont une émanation de la branche de Willis, permettent cette hypothèse.

M. Galezowski. — Un très grand nombre de malades se plaignent d'autres symptômes que le larmoiement, ce sont la photophobie, l'asthénopie, les cercles irisés dans un cas, qui, avec la présence d'une excavation physiologique, ont pu en imposer pour un glaucome contre lequel un praticien avait proposé l'iridectomie. Il y avait un simple rétrécissement, les larmes en séjournant sur le bord palpébral jouaient le rôle de prisme et décomposaient la lumière. L'incision du point lacrymal fit disparaître tous ces symptômes. D'autre part, il est des cas dans lesquels il ne faut pas attribuer le larmoiement à une affection du canal et du sac; il est dû au spasme des fibres musculaires à l'entrée du sac. J'emploie alors pour franchir l'obstacle une sonde à bout olivaire. Contrairement à M. Terson, qui proscrit les grosses sondes, j'emploie les sondes coniques de gros volume à intervalles séparés, dans les cas où la dilatation méthodique n'a pas réussi.

M. Chevallereau. — J'ai observé quatre cas de dacryocystite congénitale sur des enfants chez lesquels l'affection avait débuté comme une ophtalmie purulente. J'ai fait un petit débridement du canalicule lacrymal et passé une sonde no 1, le larmoiement a disparu. Il n'y avait chez ces enfants aucune trace de syphilis congénitale. J'ai attribué ces cas de dacryocystite à une imperforation congénitale des voies lacrymales.

M. Wicherkiewicz (de Posen). — Je crois que le plus souvent il y a un rapport entre la syphilis et les rétrécissements congénitaux.

M. Coppez (de Bruxelles). — On a pu confondre certaines tumeurs lacrymales congénitales avec un phlegmon. Dans un cas où la sage-femme avait pratiqué la succion du nez, j'ai vu la tumeur disparaître. Quelquefois la simple compression avec le doigt suffit. Il ne faut ni incision, ni cathétérisme. De plus, il y a du danger à ouvrir la tumeur par le point lacrymal supérieur; on peut ainsi déterminer un phlegmon de l'orbite.

M. Motais (d'Angers). — Dans les cas de tumeur osseuse avec purulence, quand on a employé le thermocautère, il se produit un rétrécissement fibreux; il est donc préférable de laisser la sonde à demeure.

M. Kalt. — L'indication à remplir dans la dacryocystite chronique est d'offrir une sortie facile du contenu du sac et en même temps d'imprégner les parois du sac avec des liquides antiseptiques, injectés longtemps et lentement. Je crée une fistule artificielle maintenue béante par un drain à demeure. Ce drain est constitué par deux crins de Florence passés par le canalicule supérieur au moyen d'une sonde creuse no 4 de Bowman et ressortant en dehors au moyen d'une incision faite au niveau du sac. On fait pénétrer de bas en haut, par l'orifice fistulaire, une injection de sublimé à 1 : 5.000, plusieurs fois répétée. Lorsque l'écoulement est modifié, on retire les crins, et alors seulement on passe des sondes. La fistule se ferme facilement et la cicatrice est invisible.

M. le Pr Panas. — Deux grandes méthodes ont dominé la thérapeutique des affections lacrymales : la première, la plus ancienne, employée deux siècles avant Anel, consistait à modifier le sac; la seconde à ouvrir les voies des larmes. C'est une question éternelle. On se demande encore aujourd'hui s'il faut, comme le veut l'école moderne, rétablir les voies obstruées, ou porter sur elles une action modificatrice. Comme en toutes choses, l'exclusivisme est mauvais, j'attache, pour ma part, une grande importance à la modification physiologique des voies. Il faut avoir le sac sous les yeux, ne pas craindre de sacrifier le ligament palpébral interne et le tendon de l'orbiculaire, et on agit ainsi à nu par les divers procédés. Si on trouve des lésions osseuses ou fongueuses, on les modifie par des cautérisations qui ne laissent pas de traces, pas même une cicatrice. Ce procédé m'a donné d'excellents résultats dans des cas ou le cathétérisme et l'ablation de la glande avaient échoué. La soupape lacrymale est une voie accessoire, la disparition d'une partie des larmes se fait par évaporation. Le canal lacrymo-nasal est une voie exiguë. C'est à tort que l'on a comparé les voies lacrymales au canal de l'urèthre; c'est une erreur au point de vue anatomique et physiologique. Le progrès consiste à faire un retour vers l'antiquité, à la méthode d'Aétius, qui consistait dans une large modification. On ne doit réserver l'ablation de la glande que quand les autres traitements sont restés inefficaces ou devenus impossibles. Alors seulement je fais l'ablation de la glande palpébrale. En détruisant les canaux excréteurs on détruit tout. Pour obtenir ce résultat il faut faire une ablation aussi complète que possible, je la pratique facilement en renversant la paupière sans couper la commissure. En ce qui concerne les tumeurs lacrymales congénitales, je ne suis partisan d'aucune opération; elles disparaissent seules, ou sous l'influence d'un traitement médical pur.

M. Suarez de Mendoza (d'Angers). — Il faut préciser l'indication des différents procédés. La cause du larmoiement peut résider dans la glande, dans le canalicule, le canal ou le sac. Dans la seconde condition, ce n'est qu'exceptionnellement, lorsque le point est par trop étroit pour se laisser dilater, qu'un léger débridement est permis. Mais dans le troisième ordre de faits, quand la déviation est le seul facteur ou l'un des facteurs sans l'incision du point pour le ramener à sa place, la guérison complète est impossible, il faut donc inciser, mais de telle façon que l'incision vienne s'appliquer sur la conjonctive bulbaire.

M. Javal. — Il est certain que, dans beaucoup de cas, le massage et la compression digitale, souvent exercés, font disparaître le larmoiement ou l'atténuent.

M. Chibret (de Clermont-Ferrand). — Au sujet des causes d'infection, on a dit quelles proviennent le plus souvent du nez. Je m'élève contre ce courant d'opinion. Il existe de nombreuses affections capables de la produire. Je citerai l'érysipèle de la face, la rougeole, la variole, la scarlatine, qui occasionnent fréquemment la suppuration aiguë du sac. Le traitement doit varier, suivant qu'il s'adresse aux affections qui s'accompagnent de pus ou à celles qui n'en ont pas, et comprendre le débridement, le curettage ou la stricturotomie. Je ne crains pas d'employer de grosses sondes dans certains cas. L'ablation de la glande palpébrale n'est pas une opération facile; mon expérience m'a fixé sur ce point, et M. de Wecker n'a pas donné un meilleur procédé.

M. Maréchal (de Brest). — Dans l'ablation de la glande lacrymale (portion palpébrale) le débridement du ligament externe de l'orbiculaire n'est pas aussi à craindre qu'on paraît le croire; on prévient ainsi le spasme orbiculaire, qui est un des facteurs principaux de l'hypersécrétion réflexe des glandes lacrymales. J'approuve la *compression méthodique* du sac par le malade lui-même, à la condition que l'orifice supérieur du canal nasal soit libre et les voies supérieures comprimées. J'ajoute que l'*aspiration brusque et simultanée* doit être le complément indispensable de l'évacuation inférieure par pression.

M. Terson. — Il est matériellement impossible de répondre à tout ce qui vient d'être dit : Je ne ferai du reste que répéter ce que j'ai longuement exposé dans mon rapport. Je ferai seulement remarquer que la section du conduit supérieur pour les cas de phlegmon ne m'a jamais donné d'accidents. Je réserve la résection de la glande aux cas où le larmoiement persiste après le traitement du sac. Le succès dépendra de l'exactitude du diagnostic et du choix judicieux du traitement.

L'Uvéite irienne.

M. Grandclément (Lyon). — Il faut distinguer l'inflammation du tissu irien ou iritis vraie de l'inflammation de sa seule couche pigmentaire postérieure, l'uvée, dont je fais une entité morbide, que j'appelle *uvéite irienne* ou *iritis uvéenne*. L'*uvéite irienne* n'a pas les symptômes de l'iritis vraie. On ne voit pas de larmoiement et de photophobie. Elle ne s'accompagne ni de douleur ni de rougeur. Elle est caractérisée par des alternatives de rechutes et d'accalmies, de nombreuses synéchies et du trouble de l'humeur vitrée. Aucune des causes

habituelles de l'iritis vraie : syphilis et rhumatisme, n'intervient dans sa production ; elle atteint de préférence la femme de 30 à 50 ans. Les instillations fréquentes d'atropine, le traitement général n'ont aucune influence sur l'uvéite irienne. On n'empêche pas la formation des synéchies. Pour arrêter la marche de la maladie, je fais l'excision de toutes les portions d'iris déjà adhérentes. J'obtiens le dégagement de ces adhérences avec une petite pince à griffe bien flambée et aseptique, qui me permet de tirer l'iris et de le détacher de la capsule. En résumé, l'uvéite irienne rappelle la pleurésie de l'appareil pulmonaire et semble mériter une description séparée. Elle reconnait un microorganisme spécial. qui n'est ni celui de l'iritis syphilitique ni celui du rhumatisme. La bactériologie le découvrira peut-être un jour. Il y a des recherches importantes à faire de ce côté et il serait nécessaire de provoquer un rapport sur l'iritis en général et les variétés d'iritis en particulier.

M. Dianoux (de Nantes). — Je fais circulairement en arrière de la cornée sur la conjonctive sclérale de petites cautérisations ignées ou je trace un cercle avec la teinture d'iode, puis des paracentèses répétées, qui chassent les déchets organiques.

M. Grandclément. — J'ai fait des ponctions répétées dans les cas d'adhérences récentes ; ce n'est qu'ensuite que je les libère.

De la suture de la cornée et de la sclérotique ; indications et mode opératoire.

M. Galezowski. — La question dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui me paraît présenter un grand intérêt, tant au point de vue de la physiologie pathologique que de la chirurgie oculaire elle-même. Il n'est pas en effet sans intérêt de savoir qu'une membrane aussi sensible et aussi délicate que la cornée peut supporter l'application de sutures, qu'elle peut conserver sa nutrition pendant tout le temps de la présence des sutures et qu'elle peut recouvrer sa transparence. Il y a plus de 7 ou 8 ans que j'ai fait mes premières expériences sur la suture de la cornée et de la sclérotique chez les lapins; je dois dire que je ne fus pas très satisfait des résultats obtenus. Je fus plus heureux l'année suivante, en 1886, en me servant pour la suture de fils fins de catgut. Une incision pratiquée au centre de la cornée fut réunie sans la moindre difficulté, et à peine est-il resté un leucome cicatriciel de peu d'étendue. J'avais fait ces expériences dans un but tout spécial, alors que je me proposais de pratiquer une opération dans un cas de staphylome cornéen. Dès 1867, un chirurgien américain, le Dr Williams (de Boston), avait publié les résultats qu'il avait obtenus en suturant la cornée dans l'opération de la cataracte; mais cette pratique avait été abandonnée dans les extractions simples. J'ai pensé que dans des cas exceptionnels, dans des traumatismes ou à la suite d'accidents particuliers, soit pendant, soit après l'opération de la cataracte, sortie du corps vitré, par exemple, l'application de la suture cornéenne pouvait être appliquée avec raison. Aussi, vers 1883 ou 1884, j'avais pratiqué la suture de la cornée dans un cas de blessure de l'œil, comme cela a été rapporté par un de mes anciens chefs de clinique, M. le Dr Despagnet, dans la séance de la Société d'ophtalmologie de Paris, le 3 juillet 1888. Dans la même année, M. Gillet de Grandmont, qui pratiqua la suture de la cornée, déclare qu'il ne faut pas, dans le cas d'une plaie de la sclérotique, pratiquer la suture au niveau ou dans le voisinage du corps ciliaire.

Aujourd'hui, je viens défendre devant vous, Messieurs, la méthode que je vais vous exposer tout à l'heure et qui consiste à pratiquer une suture en n'importe quel point de la coque oculaire en prenant, bien entendu, toutes les précautions nécessaires afin de ne pas faire pénétrer trop profondément l'aiguille dans l'intérieur du globe. Il serait dangereux et inutile de chercher à généraliser trop l'application des sutures cornéennes, et si, il y a une trentaine d'années, on a pu essayer de suturer la plaie cornéenne après l'extraction à grand lambeau, aujourd'hui, avec les progrès accomplis en antisepsie et dans les procédés opératoires, il n'y a plus à songer à suturer la plaie. Mais dans des cas spéciaux, comme je le disais tout à l'heure, la suture peut devenir une indication et être indispensable. Que voyons-nous quelquefois chez nos opérés de cataracte? L'opération se fait régulièrement et n'est suivie d'aucune complication ; le malade est couché depuis un ou deux jours et il n'est survenu aucune réaction inflammatoire, lorsque, involontairement, il se donne un coup sur l'œil opéré ; ce traumatisme est suivi d'une hernie de l'iris ou de l'issue du corps vitré. Cette complication, due à l'imprudence du malade ou de son entourage amène souvent des accidents inflammatoires graves : la coaptation se fait longtemps attendre, et en même temps on voit survenir une iridocyclite suppurative avec toutes ses conséquences. L'antisepsie la plus rigoureuse et les instillations de collyres variés suivant les diverses indications restent inefficaces ; on voit arriver sans pouvoir l'éviter une issue fatale. C'est dans un de ces cas particuliers que je me suis cru autorisé à pratiquer la suture cornéenne et le succès a couronné ma première tentative. La suture de la cornée et de la sclérotique devra être appliquée dans le cas de plaie pénétrante de ces deux membranes. Prenant en considération ces deux causes particulières de traumatisme du globe oculaire, je pense que la suture devra être pratiquée dans les trois variétés suivantes d'accidents : 1° Dans certains accidents graves, survenant pendant ou après l'opération de la cataracte; 2° Dans les déchirures, les blessures perforantes de la cornée; 3° Dans les blessures de la sclérotique.

I. — Les opérations de la cataracte se font aujourd'hui d'une manière tellement précise, on pourrait dire tellement artistique, qu'il n'y a pas d'opérations plus simples et plus certaines dans ses résultats, en chirurgie oculaire. Aussi ce ne serait peut-être pas la place ici de m'étendre sur les procédés qui peuvent donner le meilleur résultat. Néanmoins, je ne puis passer sous silence un point très important de la méthode que j'ai adoptée depuis plus de 8 ans. C'est que j'ai abandonné dans la grande majorité des cas, l'incision de l'iris ainsi que l'incision périphérique de la cornée. Je fais généralement un lambeau semi-elliptique distant de 2 millimètres du bord sclérotical supérieur, et je n'incise pas l'iris. Depuis que j'emploie ce procédé, sur 1365 extractions de cataracte, je n'ai eu que 7 fois la hernie de l'iris et 5 fois l'issue du corps vitré. En présence de pareils résultats il serait superflu de chercher d'autres moyens de réunion de la plaie que la simple coaptation et le bandage compressif. Mais nous devons compter avec les imprudences des malades, le traumatisme de l'œil opéré dans la première semaine qui suit l'opération ; dans quel cas surviennent les accidents que je signalais plus haut et qui nécessitent la résection de l'iris et la suture de la cornée. J'ai eu l'occasion de pratiquer cette suture cornéenne chez deux malades et dans les deux cas j'ai obtenu des résultats extrêmement satisfaisants. Dans l'un des cas, il s'agissait d'un opéré de cataracte avec iridectomie, sans incident, et chez lequel l'issue du corps vitré s'est produite le 7 juin, fait que je constatais pour la première fois. L'opération avait eu lieu le 6 mars 1891 ; la suture fut faite le 21. Dans le second cas il s'agissait encore d'une opération de cataracte sans iridectomie et non suivie de complication, le 13 avril 1891 ; contusion de l'œil le cinquième jour, hernie de l'iris, suture de la cornée le 24 avril. Dans un troisième cas, c'est un opéré de cataracte avec iridectomie (pour une cataracte avec large synéchie postérieure) le 6 mars 1891, chez lequel on constate, le septième jour, un écartement des lèvres de la plaie avec issue du corps vitré. Les traitements classiques ayant échoué, la suture fut pratiquée le 21 et fut suivie de guérison.

II. — Pour les blessures de la cornée, je conseille d'examiner si l'iris n'est pas blessé, de rechercher si le cristallin n'est pas atteint et s'il n'y a pas de couches corticales dans la plaie. Il faut nettoyer ensuite avec la curette mousse, mais ne pas faire d'injection dans la chambre antérieure. Immédiatement après la suture la chambre antérieure se remplit d'humeur aqueuse et la cornée reprend sa transparence dès le troisième ou quatrième jour. Quand j'ai pratiqué la suture de la cornée il s'agissait d'une blessure grave faite à l'aide d'un gros clou qui avait déchiré la cornée et l'iris en intéressant le cristallin.

III. — Les blessures de la sclérotique intéressent le plus souvent la région du cercle ciliaire. Malgré cela, il faut procéder à la suture et les résultats seront satisfaisants. Je l'ai pratiquée chez un jeune homme de 23 ans, qui avait reçu

un éclat d'acier sur l'œil gauche. A son arrivée à ma clinique, j'ai constaté une hémorrhagie abondante autour de la papille, à contours limités, etc. ; le fond de l'œil a été vu également par le Dr Parent. Dix jours après l'opération, il y a eu nouvelle production d'hémorrhagie interne. Actuellement le fond de l'œil s'est de nouveau éclairci et le malade compte les doigts ; le champ visuel est rétréci du côté interne.

Je me sers pour pratiquer ces sutures d'aiguilles fines que j'ai fait construire et dont je vous fais passer un modèle. Le catgut est du numéro 000. J'applique ensuite mes plaques de gélatine et je fais un pansement antiseptique.

Plexus nerveux épiscléral chez l'homme.

M. Boucheron. — Le plexus nerveux épiscléral est l'aboutissant des nerfs ciliaires superficiels et des nerfs ciliaires profonds. Il est formé par l'anastomose des fibres émanées de ces deux origines. Nous savons que les nerfs ciliaires superficiels abordent l'épisclère sous forme de filets en tire-bouchon. Les nerfs ciliaires profonds arrivent à l'épisclère par plusieurs séries de trous perforés dans l'épaisseur de la sclérotique : ces derniers nerfs s'épanouissent à la surface épisclérale et constituent avec les filets superficiels un réseau à plusieurs couches superposées. Chacun des plans de ce réseau est séparé par un plan vasculaire, également réticulé et relié aux autres plans par des branches anastomotiques. Malgré l'irrégularité des mailles de ce réseau, qui varie suivant les individus, on peut signaler certaines dispositions assez fixes ; ce sont les suivantes : Les branches transversales du réseau sont formées par plusieurs anneaux complets, concentriques à la cornée et placés : l'un, postérieur, tout à fait en arrière de l'épisclère ; l'autre, antérieur, tout près de la cornée, constitué par des ramuscules nerveux, à une ou deux fibres et accompagnés de petits vaisseaux, et enfin deux ou trois anneaux intermédiaires. Ces anneaux sont réunis les uns aux autres par des fibres radiant vers la cornée et provenant, les unes, des nerfs ciliaires profonds, émanés des trous sclérotiaux ; les autres, des nerfs superficiels. Ces dernières fibres émettent, en outre, de fins filets s'inclinant obliquement les uns vers les autres pour former de nouveaux réseaux en X, très ténus et placés dans les divers plans des réseaux épiscléraux.

Nouvelle opération du ptosis congénital.

M. Gillet de Grandmomt. — Le ptosis, il faut l'avouer, est une affection qui constitue l'un des écueils de la chirurgie oculaire, et cela est d'autant plus regrettable que l'on est appelé, en général, à intervenir sur des sujets jeunes et appartenant à la clientèle délicate. Ayant rarement trouvé, dans les procédés opératoires, même les plus récents et les plus ingénieux, une satisfaction absolue au double point de vue de la restauration parfaite du ptosis et de l'absence de cicatrice, je me suis appliqué à chercher un mode d'opération basé sur le principe suivant : Eviter toute cicatrice verticale des paupières. J'ai pratiqué cinq fois seulement cette opération que je vais décrire ; mais j'en ai éprouvé tant de satisfaction que, loin de redouter aujourd'hui les cas de ptosis, je les recherche actuellement avec pleine confiance. Les deux premières opérations ont été pratiquées en novembre 1890 et les trois autres en mars et avril 1891. On peut donc déjà se former un jugement sur les effets immédiats et les résultats définitifs du procédé. Le point délicat de cette opération dans le ptosis monoculaire est l'évaluation précise de la quantité dont doit être relevée la paupière. C'est là chose fort difficile. Si l'on s'en rapporte à l'examen comparatif des paupières, on peut être exposé à une erreur allant jusqu'à la moitié de la valeur réelle. Le moyen qui m'a paru donner la mesure la plus exacte est le suivant : Faire fixer un objet situé à la hauteur du globe et mesurer, sur les deux yeux, la distance qui sépare le bord libre de la paupière du bord supérieur du sourcil. Le sourcil doit être pris comme point de repère, parce que le frontal, élévateur du sourcil, supplée le plus souvent à l'impotence fonctionnelle de l'élévateur de la paupière. Chez les jeunes enfants, chez lesquels le frontal n'a pu encore prendre assez de puissance pour intervenir utilement, il suffit d'évaluer la hauteur comparative des paupières, tandis que les yeux fixent un objet éloigné.

Ces précautions sur lesquelles j'insiste sont nécessaires aussi bien pour obtenir une correction suffisante que pour éviter une hypercorrection disgracieuse surtout dans le ptosis monoculaire. L'évaluation dans les cas que j'ai opérés variait entre 4 et 8 millimètres. Peut-être trouverait-on des ptosis plus marqués et s'étendant à 10 et 12 millimètres ; peu importe : le procédé opératoire resterait le même. Voici en quoi il consiste : 1° Après avoir saisi la paupière supérieure dans la pince de Snellen, inciser la peau parallèlement au bord libre de la paupière à une distance de 3 à 4 millimètres et dans une longueur d'environ 2 centimètres 1/2 ; 2° Soulever les deux lambeaux cutanés, détacher et exciser, dans la portion correspondante, le muscle orbiculaire, de façon à mettre à nu la totalité du cartilage tarse, presque depuis le bord ciliaire, jusque et y compris le muscle orbitopalpébral de Sappey, vulgairement désigné sous le nom de tendon de l'élévateur ; 3° Inciser toute l'épaisseur du cartilage tarse dans une étendue de 2 centimètres environ, parallèlement au bord libre de la paupière, à une distance de 2 à 4 millimètres de ce bord ; 4° Décrire une incision curviligne à concavité inférieure allant d'une extrémité de la première incision du cartilage à l'autre extrémité. Cette incision doit occuper toute l'épaisseur des téguments, de telle façon que, le lambeau enlevé, on aperçoive la plaque d'ébonite de la pince de Snellen. La hauteur de la partie moyenne du lambeau doit être égale à l'estimation faite de la valeur du ptosis. Peu importent les tissus compris dans ce lambeau, dont une partie est toujours le cartilage et dont l'autre est le muscle orbitopalpébral. L'important est que la hauteur du lambeau excisé soit suffisante pour corriger le ptosis ; 5° Suturer, à l'aide de 3 points de catgut 00, le lambeau supérieur ou orbitopalpébral avec le lambeau inférieur ou tarsal, sans toucher à la peau. Il est entendu que la ligature des fils n'est faite que lorsqu'on a relâché la pression de la pince de Snellen. On n'a pas à s'occuper de la peau ; le rapprochement est tel qu'immédiatement après l'opération on n'aperçoit qu'un pli cutané correspondant au pli palpébral naturel. Les suites de cette opération sont nulles. Arrosée de liquide antiseptique la plaie se cicatrise en 24 ou 48 heures. L'excision des catguts est inutile, un peu d'œdème palpébral se manifeste pendant un ou deux septenaires et masque en partie le résultat obtenu ; mais, peu à peu, l'ouverture palpébrale s'accentue et prend la forme si recherchée des yeux fendus en amande ; en même temps le sourcil qui s'élevait disgracieusement recouvre peu à peu sa position symétrique. Telle est la description de cette opération que l'on pourrait désigner sous le nom de *résection tarso-musculaire.*

Emploi du catgut naphtolé dans l'opération du ptosis congénital (procédé de Dransart).

M. Dehenne (de Paris). — Le procédé de Dransart consiste à faire suppléer le releveur palpébral absent ou atrophié par le muscle frontal, à l'aide de tendons artificiels. Ces néo-tendons s'obtiennent par le passage d'anses de fils sous-cutanés reliant le bord supérieur du cartilage tarse au muscle sourcillier. La réussite de l'opération dépend de la parfaite asepsie des fils employés et de la position qu'ils occupent dans le tissu cellulaire sous-cutané, assez loin de la couche profonde du derme, très riche en lymphatique. Le catgut bien stérilisé est un excellent procédé de suture. Mais le catgut, dans l'espèce, a un gros inconvénient : il se résorbe trop rapidement en trois ou quatre jours. Or, il est démontré que pour obtenir de parfaits tendons artificiels, il est indispensable de ne pas enlever les fils avant douze ou quinze jours. Après quelques recherches faites avec le concours de M. Leclerc, j'ai trouvé que les solutions naphtolées retardaient considérablement la résorption des sutures de catgut, et me permettaient alors d'employer ces sutures avec tout l'avantage d'une asepsie parfaite.

M. Meyer. — Je demanderai ce que devient cette paupière ainsi opérée par M. Gillet de Grandmont ; quand l'œil va se fermer, il est nécessaire de savoir comment la paupière va se fermer. De plus, je préfère établir la mensuration au moment où le malade baisse la paupière ; on voit beaucoup mieux ce que le malade a de trop quand les paupières sont fermées.

M. le Pr Gayet (de Lyon). — J'ai apporté une modification du procédé de M. Dransart qui consiste à créer un tendon artificiel élevateur du sourcil et de la paupière. Au lieu d'agir

avec les sutures, j'ai employé des fils métalliques que je fais rougir par la pile, et que je passe au travers d'aiguilles creuses. On produit ainsi une brûlure sous-cutanée, qui ne laisse pas de cicatrices. Ce procédé a l'avantage de pouvoir être appliqué plusieurs fois si les premiers résultats sont insuffisants, et de laisser la latitude de mesurer l'effet de son opération.

M. Boucheron. — Il est, ce me semble, une opération du ptosis plus élégante et nullement dangereuse au point de vue de l'esthétique : ce qui permet de l'appliquer chez les femmes et les jeunes filles dans les cas de ptosis moyen et léger. On ne touche, en effet, ni à la peau ni aux sourcils, l'incision étant pratiquée sur la face interne de la paupière. Le principe de cette opération est, non plus de renforcer l'élévateur palpébral, mais de diminuer l'action du muscle antagoniste, le sphincter de la paupière, d'une part, et, d'autre part, d'alléger autant qu'il est nécessaire le poids à soulever en enlevant une quantité du cartilage tarse. Mon procédé consiste : 1° à retourner la paupière et à découper une petite bande de cartilage tarse, qui doit rester adhérente au muscle orbitaire de Sappey, pour conserver sûrement son insertion ; 2° à enlever plus ou moins largement, suivant l'effet à obtenir, le cartilage moins le bord des cils ; 3° à réséquer le sphincter palpébral antagoniste du releveur et à pratiquer des points de suture pour rapprocher les deux bandes de cartilage tarse qui ont été réservées.

Séance du 5 mai 1891 (matin).

Le pétrole brut dans le traitement des conjonctivites.

M. Trousseau (de Paris). — Le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre usités dans le traitement des conjonctives amènent une violente douleur, une vive réaction. Depuis deux ans je fais des essais pour leur trouver un succédané. Mes efforts n'ont pas été couronnés d'un succès complet ; toutefois parmi les produits essayés, un, le pétrole brut, m'a paru digne de fixer l'attention, non pas qu'il ait une action merveilleuse, mais il peut souvent être fort utile. Il est moins actif que l'argent et le cuivre, mais présente sur eux le remarquable avantage de ne causer aucune douleur, de n'amener aucune réaction et d'être admirablement toléré par les cornées les plus malades. Je me suis servi dans mes recherches de pétrole brut du Caucase. Ses dérivés sont moins actifs, quelquefois plus irritants. Le pétrole doit être appliqué en badigeonnage au pinceau sur la face conjonctivale des paupières bien retournées et dans les culs-de-sac. Les badigeonnages doivent être prolongés, leur intensité sera proportionnée à l'état de la muqueuse ; il seront renouvelés deux ou trois fois par jour. Dans les conjonctivites granuleuses, je me suis trouvé très bien d'un véritable brossage fait sur la muqueuse avec une brosse à dent imbibée de pétrole. Dans les conjonctivites catarrhales, le liquide employé deux fois par jour assèche vite la muqueuse qui ne tarde pas à reprendre un aspect satisfaisant. Dans les conjonctivites muco-purulentes, le résultat est plus lent et quelquefois le médicament échoue. A la période de déclin des conjonctivites purulentes il y a un excellent effet, aussi bien que pour le traitement des conjonctivites folliculaires. Dans les conjonctivites granuleuses, les résultats sont variables, quelquefois excellents, quelquefois nuls, mais ceci arrive aussi avec les remèdes classiques. Dans cette variété, le pétrole est appelé à jouer un grand rôle, quand les autres médicaments sont mal supportés. Il prépare aussi l'action de ceux-ci en modifiant préalablement la muqueuse qu'il imbibe, dissocie. On connaît, en effet, le pouvoir dissolvant remarquable du pétrole. M. le Dr Dubief a fait au laboratoire des Quinze-Vingts des expériences sur la valeur antiseptique du pétrole, desquelles il résulte que ce liquide entrave le développement des microbes aérobies, parmi lesquels ceux de la suppuration ; qu'il n'agit pas sur les formes de résistance des microorganismes (spores du charbon) ; qu'il est doué d'un pouvoir antiseptique de moyenne intensité. En résumé, le pétrole brut est un bon modificateur des infections conjonctivales, toujours bien supporté, qui trouvera des indications chez les enfants et les sujets pusillanimes. Capable à lui seul de guérir un grand nombre de conjonctivites, associé aux antiseptiques ou à d'autres agents il préparera ou terminera la guérison de certaines autres.

M. Meyer. — J'ai employé pendant deux mois le pétrole brut et j'ai pu m'assurer de son innocuité. C'est un médicament qui donne aux malades une sensation très agréable et qui ne produit pas d'irritation comme le nitrate d'argent. Dans les affections graves, il est difficile d'expérimenter un médicament qu'on ne connaît pas. Dans certaines formes de granulations, l'emploi préalable du pétrole brut fait mieux supporter les autres indications.

M. Chibret. — Je ferai remarquer que le pétrole est employé communément pour les brûlures ; ne pourrait-on pas l'appliquer aux brûlures de la conjonctive ?

M. Millée. — Je confirme ce fait que le pétrole brut n'est ni irritant ni douloureux. Je n'ai pas constaté la lenteur dans la guérison signalée par le Dr Trousseau, dans la conjonctivite catarrhale ou folliculaire. Dans deux cas de catarrhe printanier, le résultat a été surprenant. Dans la conjonctivite granuleuse, M. Trousseau n'a pas assez insisté sur l'aspect caractéristique de la muqueuse et de la cornée après quelques applications de pétrole. Il n'a pas osé l'expérimenter dans la conjonctivite purulente. Ses craintes sont légitimes, mais on pourrait l'essayer, ne fût-ce que pour constater la supériorité du nitrate d'argent.

De l'ophtalmie sympathique.

M. Boé (de Paris). — Au cours de mes recherches de pathologie expérimentale sur le phlegmon de l'œil, j'ai eu maintes fois l'occasion d'observer à l'ophtalmoscope le deuxième œil, pendant que le premier suppurait. Je n'ai jamais rien observé d'anormal. Deux fois, après avoir différé l'opération plus de six semaines, j'ai abattu l'animal et examiné histologiquement les nerfs optiques ; même du côté de la panophtalmie, ni dans les gaines, ni dans le nerf lui-même, on ne trouvait trace de phlegmasie. Un phlegmon de l'œil ne paraît guère, autant qu'on en peut juger par ce simple examen, retentir à distance sur le nerf optique ; il faudra tout au moins que le processus pathologique évolue lentement. Dans notre pays, on s'est trop pressé d'accepter comme démontrée l'ophtalmie sympathique migratrice ; il est imprudent de faire reposer sur des données hypothétiques des tentatives opératoires. Les expériences de M. Deutschmann ne sont pas concluantes, quoi qu'en dise M. de Wecker. Tous ses lapins sont morts d'infection générale ; il n'est pas étonnant qu'il y ait des micrococques dans les gaines des deux nerfs optiques, s'ils se trouvent également dans le sang et les divers organes ; on sait que je les ai trouvés particulièrement dans les capillaires du lobule hépatique. Il ne fallait pas prendre comme point de départ de l'expérimentation le corps vitré, mais suivre les indications fournies par la clinique et s'efforcer de reproduire l'ophtalmie sympathique à la suite d'un traumatisme portant sur la région ciliaire. Il sera très difficile, sans doute, de la provoquer, mais le laboratoire doit rester le serviteur fidèle de la clinique.

M. Deutschmann a trouvé le staphylocoque dans les yeux sympathisants énucléés et dans les morceaux d'iris excisés au deuxième œil. M. Randolph est toujours arrivé à des résultats opposés. Ces résultats contradictoires montrent la nécessité de recherches personnelles et d'un contrôle technique. M. Schweigger a fait beaucoup de résections ; M. Ohlemann, un de ses élèves, a examiné vingt-cinq morceaux réséqués ; il n'a jamais trouvé de microbes ; ce fait doit avoir singulièrement frappé l'auteur, puisqu'il déclare qu'à son avis l'ophtalmie sympathique doit se transmettre par les nerfs ciliaires. M. Abadie conseille de cautériser la plaie avec un galvanocautère et d'injecter dans l'œil sympathisant une ou deux gouttes d'une solution de bichlorure de mercure à 1/1000 ; mais le bichlorure de mercure ne peut agir comme antiseptique, car il précipite les substances albuminoïdes du corps vitré et il se forme un albuminate de mercure. Evidemment, l'œil est irrité, et il peut se produire sur l'autre œil un retentissement caractérisé par une amélioration plus ou moins transitoire, particulièrement de ce qu'on appelle l'irritation sympathique. Ce fait a été signalé par Wardrop. Le bichlorure de mercure, introduit dans un œil qui y voit encore, peut le rendre aveugle en provoquant un décollement rétinien. M. de Wecker a noté un commencement de phtisie du globe oculaire.

M. ABADIE (de Paris). — Pour expliquer la pathogénie de l'ophtalmie sympathique, deux hypothèses ont été émises : pour les uns, elle serait due à l'irritation des nerfs ciliaires, pour les autres elle serait consécutive à une infection microbienne. Ce qui prouve que l'affection est bien infectieuse, c'est que le mercure agit, alors qu'il n'aurait aucune action si l'ophtalmie sympathique était d'origine ciliaire. Puis dans la syphilis, affection microbienne s'il en fut, on ne trouve pas de micro-organismes dans les lésions typiques. En présence de blessures de l'œil, M. de Wecker conseille la résection optique, d'autres l'énucléation. Si l'œil n'est pas endommagé, je crois pour ma part qu'on peut éviter l'énucléation ; les mercuriaux et la cautérisation locale doivent suffire. Si ce traitement échoue, l'énucléation peut toujours se faire à temps.

M. BOÉ. — Je répondrai à M. Abadie que je ne conteste pas les observations cliniques; les vétérinaires ont remarqué depuis longtemps qu'en faisant suppurer un œil dans les cas d'ophtalmie sympathique chez le cheval ils obtenaient une amélioration dans l'autre œil ; ne savons-nous pas encore que si on enlève un œil on peut voir une iritis plastique dans l'autre œil présenter une amélioration passagère ? puis, lorsque les malades ont quitté les cliniques, si l'on veut savoir un an après ce qu'ils sont devenus, ainsi que l'a fait M. Vigneaux, un élève de M. Gayet, on apprend que la plupart ont perdu la vue

Valeur thérapeutique des injections médicamenteuses intra-oculaires et sous-conjonctivales.

M. ABADIE.— J'ai déjà à plusieurs reprises préconisé l'emploi des injections intra-oculaires du sublimé pour combattre l'ophtalmie sympathique. Je ne reviendrai donc pas sur ce sujet pour lequel je renvoie à mes travaux antérieurs et aux discussions qui ont eu lieu à la Société d'Ophtalmologie. Je n'ai rien à y changer. Je m'occuperai surtout aujourd'hui d'indications thérapeutiques nouvelles. Dans un cas de syphilis oculaire sénile rebelle à l'action des traitements mercuriels les plus énergiques, les injections intra-oculaires de sublimé à la dose d'une goutte d'une solution de un pour mille m'ont donné un succès éclatant. L'on sait combien l'on se trouve désarmé en face des glaucomes hémorrhagiques, où ni la sclérotomie ni l'iridectomie ne donnent de bons résultats, les douleurs devenant parfois tellement atroces que l'énucléation s'impose. J'ai réussi parfois à calmer les douleurs et à éviter le sacrifice de l'œil en injectant dans le corps vitré une goutte d'ergotinine Tanret. J'ai obtenu également un résultat satisfaisant dans un cas d'œil hydrophtalmique qui était devenu le siège d'une hémorrhagie abondante. Le Dr Darier devant faire une communication sur les bons effets des injections sous-conjonctivales de sublimé, je me bornerai à effleurer le sujet et à signaler les bons résultats obtenus par ce traitement local dans certaines infiltrations microbiennes de la cornée et dans les nombreuses formes de chorio-rétinites musculaires et disséminées si fréquentes et si souvent méconnues. J'estime toutefois que chez ces malades les injections locales doivent être associées aux injections sous-cutanées de sublimé longtemps prolongées, cela en vue de l'avenir et pour prévenir les récidives.

M. MOTAIS (d'Angers). — M. Abadie cherche à détruire sur place les microbes de l'œil sympathisant. Ses injections dans le corps vitré sont, à cet égard, très rationnelles. Je n'en dirai pas autant des injections conjonctivales qu'il leur a adjointes. Je ne nie pas que l'absorption des liquides injectés sous la conjonctive ne soit rapide. Mais son courant est nécessairement restreint à un petit département des tissus péri-oculaires. Dans une affection aussi grave, il est nécessaire d'agir énergiquement et directement. C'est pourquoi des injections *dans la cavité de Tenon*, envahissant rapidement tout l'espace lymphatique, passant de là dans la gaine du nerf optique, seraient assurément plus indiquées.

Des injections sous-conjonctivales de sublimé en thérapeutique oculaire.

M. DARIER. — J'ai essayé depuis un an, systématiquement, les injections sous-conjonctivales de sublimé dans différentes maladies oculaires supposées infectieuses. Dans les *iritis spécifiques à forme grave*, dans les *gommes de l'iris*, la guérison se produit après 3 ou 4 injections et en un temps trois fois plus court que par les traitements classiques. Dans beaucoup d'autres formes d'*iritis aiguës* dont il est difficile de déterminer la nature infectieuse, les effets de cette médication sont également très rapides. Il en est de même pour différentes infiltrations cornéennes de même nature (*kératite parenchymateuse bénigne, kératite maculeuse superficielle*, etc... Certaines maladies du fond de l'œil ont bénéficié également très rapidement des injections sous-conjonctivales (*chorio-rétinites centrales, choroïdites, névrites*, etc.), on peut voir dans ces cas l'acuité visuelle remonter très vite à 1/2. Les injections sous-conjonctivales sont indiquées dans tous les cas où il est indiqué d'enrayer le mal à bref délai. Aucune médication ne donne des résultats aussi favorables en un temps aussi court. Une asepsie parfaite et du liquide injecté et de la seringue est de toute rigueur. La dose de sublimé doit être de 1/20 de milligramme par injection que l'on peut répéter tous les 3 jours. Quatre ou cinq injections suffisent dans la plupart des cas pour amener une guérison complète ou relative. Il est très recommandable de combiner les injections sous-conjonctivales aux injections hypodermiques, toutes les fois qu'il y a indication d'un traitement mercuriel. J'ajouterai quelques mots concernant la technique opératoire. J'emploie une seringue de Pravaz à aiguille de forme lancéolaire qui pénètre sans effort sous la conjonctive et que l'on aseptise le plus parfaitement possible dans un bain de glycérine phéniquée à 5/100.

M. PFLUGER. — Dans le traitement des ophtalmies internes, j'emploie les injections sous-conjonctivales et sous-tenoniennes de solutions médicamenteuses. Je propose de substituer au sublimé le *Trichlorure d'iode* (1 : 2000) dissous dans la solution physiologique de chlorure de sodium. Cette substance est beaucoup mieux supportée par l'œil que le sublimé à la même dose. Les études que j'ai faites au laboratoire de M. Koch, à Berlin, m'ont prouvé que son action bactéricide dans les tissus vivants est beaucoup plus énergique que celle des solutions de sublimé. Il faut tout d'abord préparer une solution à 1 : 100, qui se conserve plus longtemps, et ne l'étendre qu'au moment de l'injection. J'ai fait des injections sous-conjonctivales de *Fluorescéine* et j'ai vu la coloration gagner la cornée, l'uvée, l'humeur aqueuse, le corps vitré, le cristallin, dans ses couches superficielles, ainsi que le montrent les pièces que je vous présente.

M. DESPAGNET. — M. Darier dit que dans les choroïdites maculaires il a vu l'acuité visuelle très affaiblie remonter à 1/2. Je ne puis laisser passer cette assertion sans faire remarquer qu'au point de vue ophtalmoscopique et médical, elle ne résiste pas à la critique. Les foyers de choroïdite maculaire altèrent trop gravement la vision pour qu'elle ne puisse jamais se rétablir complètement. Ou alors, on peut se demander si dans ces cas on avait réellement affaire à des exsudats.

M. CHIBRET. — M. Raymond (de Turin) a le premier pratiqué ces injections sous-conjonctivales. L'inégalité d'action des solutions de sublimé est due à l'emploi de l'eau ordinaire. Je demanderais à M. Pflüger si le Trichlorure d'iode n'attaque pas les instruments.

M. PFLUGER. — La solution forte à 1 : 100 altère les instruments ; avec 1 : 5000 il n'y a pas d'effet fâcheux.

M. ABADIE. — Je suis le premier à reconnaître que M. Raymond a fait les injections sous-conjonctivales de sublimé dans l'ophtalmie sympathique. Je n'ai pas soulevé cette question de priorité. Je me suis un jour trouvé en présence d'un cas d'O. S. déclarée et d'un œil gravement compromis. C'est alors que j'ai eu l'idée de faire l'injection intra-oculaire d'une goutte de sublimé à 1 : 500. Au moment où je me disposais à faire l'énucléation, la vision de l'œil sympathisé s'est améliorée ; c'est ce qui m'a engagé à suspendre mon intervention, et fort heureusement, car aujourd'hui l'œil lésé est en bon état et l'acuité visuelle dans l'autre œil est normale. Chez un autre malade, aveugle depuis 14 mois par O. S., à qui on avait fait plusieurs iridectomies, j'ai fait deux cautérisations et des injections de sublimé ; aujourd'hui il voit. J'ai entendu avec plaisir la communication de M. Pflüger. Je suis prêt à abandonner les injections intra-oculaires de sublimé, qui peuvent donner des accidents graves, pour ces injections sous-conjonctivales, s'il m'est démontré qu'elles sont plus efficaces. Je répondrai à M. Despagnet que l'amélioration de l'acuité visuelle est précisément un moyen pour établir un diagnostic

différentiel entre la choroïdite syphilitique et la choroïdite myopique.

M. Galezowski. — Les injections dans le corps vitré que j'ai employées dans le traitement des affections syphilitiques m'ont donné de mauvais résultats, grâce aux épanchements dans le corps vitré qui se produisent. Après avoir essayé différents procédés de thérapeutique, j'ai pu me convaincre que les frictions mercurielles employées pendant deux ans peuvent seules donner des résultats certains.

M. de Wecker. — Je vois avec plaisir qu'on fait volte-face, qu'on abandonne les injections du corps vitré pour s'adresser à celles qui sont infiniment plus rationnelles et moins dangereuses, celles qu'on fait sous la conjonctive et la capsule. Car le corps vitré ne doit ni ne peut être assimilé au tissu souscutané. J'ai soigné un malade qui se trouvait dans d'excellentes conditions pour utiliser la médication *in situ*, en apparence si rationnelle; c'était un vieux syphilitique, depuis longtemps atteint de chorio-rétinite, qui fut subitement pris sur les deux yeux d'irido-choroïdite ayant réduit la vision du côté droit à une simple perception lumineuse; à gauche, le malade comptait encore à courte distance les doigts. Je résolus donc d'injecter dans le plus mauvais œil une goutte de sublimé au millième, tandis que le traitement général devait suffire à l'œil le moins atteint.

Ce dernier guérit assez rapidement de ces phénomènes irritatifs avec amélioration notable de la vision. L'œil injecté resta bien plus longtemps irrité et garda son corps vitré définitivement troublé sans amélioration accusée de la vision.

J'accepte bien plus volontiers les injections sous-conjonctivales. Permettez-moi pourtant de rappeler que cette médication remonte bien plus loin qu'on ne l'a indiqué. Souvenez-vous des injections de Rothmund d'eau salée pour éclaircir les taies de la cornée, des injections en masse que j'ai faites d'eau salée sous la conjonctive dans les cas de décollement de la rétine. Cette médication est restée sans beaucoup d'effet; espérons qu'il en sera autrement pour celle qu'on vient de recommander. Aussi serai-je très reconnaissant à notre collègue M. Pflüger de vouloir bien nous donner la formule exacte de la solution qui lui sert pour ses injections sous-conjonctivales.

De certaines opacités cornéennes et des altérations de la cornée par contusion.

M. Teillais (de Nantes). — J'ai observé trois cas d'opacités cornéennes chez le nouveau-né. La maladie est déjà rare et rares aussi sont les circonstances qui l'ont causée. Un facteur qui n'a pas encore été signalé est la contusion due au forceps qui a exercé, dans deux cas, une notable influence. Dans ces trois cas, deux sont congénitaux; l'un est dû à un arrêt de développement, l'autre à la syphilis héréditaire. Le troisième est manifestement le résultat d'une contusion exercée au moment de la naissance. Dans la première observation, l'opacité cornéenne est complète et uniforme, la surface de la cornée est lisse, l'épithélium intact, la courbure et la tension normales. Aucune lésion concomitante de l'iris. Modification transitoire de la teinte de l'opacité à la suite de la contusion. Eclaircissement parfait de l'opacité au bout de dix-huit mois. Dans la deuxième observation, une contusion de la cornée due à une application de forceps a pu déterminer une opacité étendue, qui a simulé une opacité congénitale. La marche est celle d'une kératite qui se termine par une tache indélébile, après une évolution inflammatoire rapide. Dans la troisième observation, opacités limitées des deux côtés. Concomitance des lésions de l'iris à droite. Déformation de la pupille, indice d'un processus intra-utérin. Dents d'Hutchinson. Troubles de l'ouïe. Kératite parenchymateuse, cinq ans après la naissance.

Du sarcome mélanique des paupières.

M. Lagrange (de Bordeaux). — Le sarcome mélanique des paupières est une tumeur très rare; je n'ai pu en relever que trois cas qui appartiennent à Gibson, à Richet et à Gallenga. Celui que j'ai observé, outre l'intérêt qui résulte de sa rareté même, est curieux par son étiologie et son anatomie pathologique. Le voici avec ses détails principaux : Un homme de soixante ans, bien portant et sans antécédents héréditaires ou personnels fâcheux, se présente le 29 septembre 1890 à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint André, pour se faire débarrasser d'une tumeur du volume d'une petite noix, siégeant dans la paupière supérieure gauche. L'histoire de cette tumeur remonte au mois de juin précédent. A cette époque, le malade reçut sur la région palpébrale un vigoureux coup de bâton qui s'accompagna immédiatement d'un gonflement très accusé et d'une ecchymose abondante. L'ecchymose se résorba complètement. Un mois après, il restait dans le tissu cellulaire lâche de la paupière un noyau dur, indolore, qui paraissait résulter de l'épanchement sanguin. Après des traitements variés et sans importance, le patient constata que sa grosseur palpébrale restait la même, peut-être même, dans les derniers temps, avait-elle un peu grossi. Inquiété par sa présence et par ses progrès, il vient nous consulter et nous constatons l'état suivant : La tumeur siège dans l'épaisseur même de la paupière; au-dessus la peau glisse aisément, au-dessous la conjonctive est libre. Le bord ciliaire est intact. A travers la demi-transparence du voile cutané, son tissu paraît un peu noirâtre; elle est un peu bosselée, régulièrement dure et tout à fait exempte de douleurs, soit spontanées, soit provoquées. Il n'y a pas de ganglions engorgés, l'état général est très bon. Je crois avoir affaire à un thrombus enkysté, et j'enlève le mal simplement par énucléation. Or, l'étude histologique m'a démontré que j'avais extirpé un sarcome mélanique à cellules fusiformes, avec pigment extra et intra-cellulaire. Je me suis mis en garde contre les surprises de la fausse mélanose; j'ai utilisé le réactif de Robin, et j'ai même obtenu sur cette tumeur, par une macération prolongée de la coupe histologique, dans un milieu très acide, une préparation typique de mélanine, c'est-à-dire que j'ai isolé complètement les éléments noirs, en détruisant tout le tissu sarcomateux, sans que ces éléments caractéristiques de la mélanose aient été impressionnés. Que l'origine de ce pigment ait été primitivement dans l'hématine extravasée au moment de l'ecchymose, la chose me paraît certaine, mais le diagnostic anatomique de sarcome mélanique ne s'imposait pas moins. Les cas de ce genre qui ont été publiés ne permettent encore aucune vue d'ensemble sur ces singulières tumeurs de la paupière. Je n'ai pu me procurer le fait de Gibson; celui de Richet est très sommairement rapporté dans le *Mouvement médical* de 1879. Tout ce qu'on peut en retenir, c'est que le mal a débuté dans la conjonctive. Celui de Gallenga mérite plus d'attention; le mal avait débuté par le cartilage tarse; il y avait une tumeur principale et deux secondaires, toutes les trois enkystées; la marche avait été assez rapide, mais les lésions étaient encore bien localisées à la paupière quand l'intervention fut pratiquée.

M. Gillet de Grandmont. — La transformation des caillots dans le corps vitré peut être le point de départ de néoplasmes.

Instabilité et étiologie de l'astigmatisme cornéen.

M. G. Martin (de Bordeaux). — MM. Javal, Bull, Chibret et moi-même, nous avons observé des diminutions et des augmentations d'astigmatisme cornéen atteignant des chiffres tels, que le doute n'est pas permis. Ce n'est donc pas un état stable. Il y a eu, en outre, des faits qui prouvent que cet astigmatisme n'est pas toujours congénital. Deux facteurs seulement peuvent être accusés d'engendrer ou de faire varier l'astigmatisme cornéen. Je ne crois pas à l'influence déformante des muscles moteurs de l'œil; ceux-ci ne peuvent expliquer toutes les inclinaisons constatées. Seules les contractions des fibrilles méridiennes du muscle ciliaire sont capables de rendre compte de toutes les variétés d'astigmatisme cornéen. L'action déformante de ces contractions est facile à saisir. Le muscle ciliaire, en effet, par son tendon antérieur, se continue avec les fibres de la membrane de Descemet; les tiraillements que celle-ci éprouve se communiquent au reste de la cornée. Chez un sujet, il est survenu dans les 2 yeux, en plus de l'accroissement de l'astigmatisme cornéen, une production d'astigmatisme cristallinien. Les contractions partielles du muscle ciliaire sont la cause certaine de l'astigmatisme cristallinien; tout porte à penser que l'astigmatisme cornéen, survenu à la même époque, tient également à ces mêmes contractions.

M. de Wecker. — M. Martin, qui a fait toutes ses recherches avec l'instrument de M. Javal, voudra bien répondre à une question que je lui adresse. Pourquoi parle-t-on toujours

d'ophtalmométrie et non de kératométrie? L'instrument porte-t-il plus loin que le kératoscope ou se sert-on du mot ophtalmomètre parce qu'il est plus décoratif?

M. Dor (de Lyon). — Il faut renoncer à l'idée de la stabilité de l'astigmatisme. J'ai vu un astigmatisme de deux dioptries se transformer en emmétropie. Dans un autre cas, l'astigmatisme n'a pas diminué, mais le degré s'est déplacé à partir de 45° jusqu'à la ligne verticale ou horizontale.

M. Gaupillat (de Troyes). — J'ai vu des hypermétropies se changer en myopie.

M. Motais. — Je n'ai jamais vu une si grande différence se produire, mais j'ai constaté le fait pour des degrés plus faibles.

M. Meyer. — L'astigmatisme se transforme avec l'âge, et cela est dû soit aux contractions du muscle ciliaire, soit à la rotation du cristallin aux différents états de la pupille ou à la pression du globe. On peut d'ailleurs corriger toujours un faible degré d'astigmatisme.

M. Parent (de Paris). — Pour expliquer les modifications des axes principaux de l'astigmatisme, il faut remarquer que l'astigmatisme subjectif est la résultante de l'As. cornéen et de l'As. cristallinien. En admettant que ce dernier se modifie, on devra admettre une modification semblable dans la résultante.

Le nystagmus des mineurs dans le nord de la France.

M. Dransart. — Le nystagmus des mineurs existe sous deux formes cliniques principales : 1° la forme légère ou *nystagmus embryonnaire;* 2° la forme grave ou *nystagmus classique.* Dans les deux variétés, l'oscillation nystagmique ne se produit que dans le regard élevé directement ou obliquement au-dessus de la position de repos des yeux ou position primaire; elle cesse dans le regard en bas. La forme légère ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel; elle n'empêche pas le mineur de travailler. Pour la découvrir, il faut examiner les mineurs à la sortie du puits, car au bout d'un certain laps de temps de repos, l'oscillation nystagmique ne se produit plus dans la direction déterminante du regard. La forme grave s'accompagne de troubles fonctionnels, dont les principaux sont : la parésie de l'accommodation, la danse des objets, les maux de tête, les vertiges, la diplopie, la marche difficile dans les galeries, l'héméralopie, l'amblyopie, l'attitude spéciale, le larmoiement et les photopsies; elle rend le travail pénible et souvent impossible. Sur 179 cas de nystagmus grave examinés relativement au mode d'éclairage, 92 cas appartenaient à la lampe de sûreté et 87 cas à la lampe nue. 90 0/0 des mineurs atteints de nystagmus travaillaient couchés dans des galeries inclinées de 20° à 45° et dont la hauteur était égale ou inférieure à un mètre; ce travail entraîne le surmenage des muscles élévateurs droits latéraux, comme le prouvent les photographies représentant le travail des mineurs. Le nystagmus grave se voit presque exclusivement chez les ouvriers qui surmènent les muscles élévateurs et les droits latéraux. J'estime donc que le nystagmus des mineurs est une névromyopathie analogue à la crampe des écrivains et au lumbago dont les principaux facteurs sont l'attitude élevée et oblique du regard, d'une part, et de l'autre le mauvais éclairage. Comme traitement, j'emploie la médication applicable à la neurasthénie, et j'ai aussi tiré de bons effets de la suspension.

Du cancroïde de l'angle interne des paupières.

M. Valude. — Le cancroïde de l'angle interne des paupières forme un type clinique distinct des epithéliomas des autres parties des paupières. Dans cette partie de l'œil, ces tumeurs gagnent facilement la profondeur des tissus. Dans ces conditions, elles rencontrent deux issues : la cavité de l'orbite et les fosses nasales, en passant par le sac lacrymal et le canal nasal. Le cancroïde s'étend le plus souvent de ce côté, ainsi que nous le prouvent nos observations personnelles. Les voies lacrymales et les cavités nasales tapissées par un revêtement épithélial sont très favorables à la prolifération d'une tumeur de ce genre. C'est ainsi que s'expliquent les prolongements qui se font de ce côté, quelquefois assez profondément pour remplir les fosses nasales. En somme, c'est un épithélioma térébrant des paupières. Le traitement variera avec les différentes modalités de la maladie. Dans le cas où le néoplasme n'a pas atteint le canal nasal, l'extirpation devra se faire au delà des limites du mal. Si le cancroïde a pénétré dans les fosses nasales et les sinus voisins, il faut, comme nous l'avons fait deux fois, s'ouvrir largement un chemin par une ouverture pratiquée sur toute la longueur du nez. Il est facile de débarrasser toute la cavité par un curettage ; l'incision préparatoire du nez est ensuite fermée par des sutures. Le point important consiste, selon nous, à éviter de refermer la plaie de l'angle interne par une restauration primitive avec un lambeau. Afin de pouvoir facilement surveiller et détruire les récidives, aussi pour effectuer une restauration de moindre importance après que le bourgeonnement de la plaie en a diminué l'étendue, il est de beaucoup préférable d'adopter le mode de restauration secondaire. La restauration secondaire est, à notre avis, toujours préférable à la réparation primitive, lorsqu'il s'agit de l'épithélioma des paupières, mais cette indication est surtout formelle, lorsqu'il s'agit du cancroïde de l'angle interne de l'œil à forme térébrante.

Séance du Mardi 5 *mai* (soir).

Anatomie pathologique de la Buphtalmie.

M. Kalt (de Paris). — Un cas type de Buphtalmie que j'ai eu l'occasion d'examiner m'a fourni tous les éléments nécessaires pour en étudier l'anatomie. Voici les conclusions qui résultent de l'examen que j'ai pu faire de la pièce après énucléation.

La Buphtalmie est la conséquence d'une irido-choroïdite chronique déterminant une oblitération progressive des vaisseaux du tractus uvéal.

Il se produit une hypersécrétion intra-oculaire qui s'explique par l'agrandissement des voies d'excrétion de l'œil, dont l'origine n'est pas dans les cellules qui garnissent les procès ciliaires, en grande partie détruites. Il ne peut pas être question de glaucome par rétention, la rétention résultant de l'adossement de l'iris au canal de Schlemm, ou d'une périphlébite des veines vortiqueuses, dont l'existence est douteuse. L'explication la plus probante est celle-ci : l'oblitération de la plus grande partie des capillaires choroïdiens élève la tension dans les artères ciliaires, et il en résulte une transsudation de liquide. L'ésérine fait baisser la tension jusqu'à l'état normal et contracte la pupille. L'angle irido-choroïdien étant largement perméable, on ne peut pas admettre que l'ésérine agit en désobstruant l'angle irido-cornéen de l'iris qui a de la tendance à s'y accoler. On voit sur nos préparations que l'appareil musculaire lisse est peu endommagé. C'est dans cet état de contraction qu'il faudra chercher l'explication de l'action des myotiques.

Les fausses images de l'œil humain.

M. Tscherning. — Mes recherches m'ont conduit à trouver une nouvelle image subjective du même ordre que les images de Purkinje. En projetant dans une chambre obscure une lumière vive sur l'œil, on la découvre facilement, mais à la condition de ne pas fixer la source éclairante et de porter le regard à une certaine distance. On aperçoit alors en dehors de la ligne visuelle une lueur de faible intensité qui se montre dans les déplacements de la source lumineuse à un endroit à peu près symétrique par rapport à la ligne visuelle. Cette image change de place quand on change la direction du regard. Elle est due à une double réflexion à la surface postérieure du cristallin et à la surface de la cornée. On peut ainsi déterminer avec une grande exactitude l'axe de symétrie de l'œil.

De l'ophtalmométrie clinique.

M. Ostwalt (de Berlin). — Ma communication a pour but de démontrer que les résultats fournis par l'ophtalmomètre de Javal et Schiötz sont trop élevés d'un quart. Il est facile de comprendre qu'une différence de quelques millimètres dans la position du cylindre est d'une influence considérable sur la force réfringente qu'il doit avoir pour corriger l'astigmatisme cornéen. A une distance de dix millimètres, il doit être à peu près d'un quart moins fort qu'au niveau de la cornée. Or, c'est précisément à l'endroit où le malade porte son cylindre que sa force réfringente est égale au véritable astigmatisme cornéen et, par conséquent, d'un quart moins fort que ne l'indique l'ophtalmomètre de Javal et Schiötz.

M. PFLUEGER (de Berne). — On peut démontrer l'erreur importante commise par M. Ostwalt par les déductions suivantes : 1° Le foyer antérieur de l'œil Listing-Helmholz est à 15 mm. en devant de la cornée ; 2° Pour un verre sphérique placé dans l'air, le foyer antérieur est égal au foyer postérieur ; 3° La force réfringente de l'œil normal est égale à celle de la lentille bisphérique convexe de 15 mm.; 4° La valeur dioptrique de la lentille de 15 mm. est égale à 66,66 ; 5° Faisons la soustraction de la valeur dioptrique du cristallin humain égale à 9, 10 D., nous avons comme force réfringente de la cornée 56, 66 D.; 6° Faisons la réduction de cette valeur par l'exponent de réfraction des milieux réfringents de l'œil, nous arrivons très près de la valeur adoptée par M. Javal.

M. CHIBRET. — Une théorie n'a de valeur que lorsqu'elle est confirmée par la pratique. Mes observations m'ont donné des résultats absolument opposés. La critique que j'adresse à M. Ostwalt est sérieuse, car il ne s'appuie nullement sur des données cliniques. Quand on trouve 4 D. d'astigmatisme à l'ophtalmomètre Javal et Schiötz, il veut qu'on écrive 3 Dioptries. Tout au contraire, l'As. total oscille entre 4 et 5 D. et le malade supporte cette correction. Mes travaux de contrôle par la Skioscopie m'ont prouvé que l'ophtalmomètre donne des résultats toujours inférieurs au lieu de les majorer.

M. TSCHERNING. — Je ne comprends pas que l'on puisse exprimer la force réfringente de la cornée par l'inverse de la distance focale postérieure, puisque l'astigmatisme se mesure par la différence entre les inverses des distances focales antérieures. Je n'insiste pas autrement sur une erreur qui ruine la théorie que nous venons d'entendre.

M. SULZER. — Je ferai remarquer à notre confrère que la définition de l'astigmatisme est due à Thomas Young. En définissant l'astigmatisme comme la différence entre les inverses des distances focales postérieures des deux méridiens principaux au lieu de leurs distances focales antérieures, il faut aussi changer la définition de la dioptrie. L'erreur fondamentale de M. Ostwalt est d'avoir composé l'astigmatisme défini par les distances focales postérieures avec l'effet optique de correcteurs désignés pour leurs distances focales antérieures.

M. JAVAL. — On vient de signaler l'erreur commise par M. Ostwalt dans la valeur dioptrique de l'œil. Je crois devoir relever dans sa communication même ce fait quo les chiffres donnés par l'ophtalmomètre sont exacts, en négligeant la distance du verre correcteur à l'œil. Il commet encore une erreur en disant qu'il faudrait remplacer l'arc par une règle directe à divisions équidistantes.

M. LEROY. — En appliquant à la recherche de l'astigmatisme le raisonnement que l'on emploie dans l'enseignement pour l'évaluation de la myopie, et qui consiste à chercher le verre qui rend parallèle le rayon venant du remotum, il est facile de réfuter la démonstration de notre confrère, concernant la graduation des ophtalmomètres.

M. OSTWALT. — Ce n'est pas l'astigmatisme total que nous déterminons, c'est l'astigmatisme cornéen. L'astigmatisme subjectif peut différer des données fournies par l'ophtalmomètre.

M. DESPAGNET montre un enfant qui avait été atteint d'un *tubercule de l'iris* qui a guéri sans intervention.

M. LANDOLT présente des *ciseaux* dont la courbure facilite la section du muscle oblique inférieur dans l'énucléation, et quelques autres instruments ayant trait à l'opération de la cataracte.

M. GOUPILLAT (de Troyes) fait remarquer, à propos des différents procédés employés pour l'évacuation des masses corticales de la chambre antérieure, qu'il pratique avec d'heureux résultats le lavage et l'aspiration simultanés.

MM. WICHER, KIEWICZ et CHIBRET font remarquer que le lavage de la chambre antérieure amène une réunion rapide de la cicatrisation de la plaie.

M. PARENT fait la présentation d'un *ophtalmoscope optométrique et phakométrique* dont les usages multiples, l'élégance de forme et la commodité de mouvement le désignent d'une façon toute particulière à l'attention par les réels services qu'il peut rendre au praticien. Il contient des verres cylindriques qui sont de la plus grande utilité dans un ophtalmoscope à réfraction.

M. HIGHET fait la démonstration d'un *astigmomètre* de poche inventé par le D[r] REID (de Glascow), qui permet de mesurer jusqu'à une demi-dioptrie de courbure de la cornée. La longueur de l'appareil n'est que de 8 cent. ; il est très léger et portatif. Cet instrument est fort recommandé par M. Javal comme un véritable ophtalmomètre qui aura un jour sa place assignée en clinique.

Traitement des ulcérations de la cornée par l'acide phénique pur à l'état déliquescent.

M. SUAREZ. — Si l'on met à part, comme hors de pair, dit l'auteur, les deux puissants topiques, l'ésérine et l'atropine, qui sont comme les colonnes de la thérapeutique oculaire; si l'on excepte également ses analgésiques et les narcotiques, dont l'effet est de supprimer ou d'endormir la douleur, le traitement médical des ulcérations de la cornée peut se résumer dans l'emploi des antiseptiques et des caustiques. Je signale à l'attention un caustique dont je me trouve très bien : c'est l'acide phénique pur à l'état déliquescent. La première fois que je l'ai employé, c'était sur un malade atteint d'ulcère grave de la cornée, et qui refusait absolument toute intervention chirurgicale. A l'aide d'un petit pinceau bien pointu, à la fois doux et résistant, improvisé avec de l'ouate, puis légèrement imbibé d'acide phénique déliquescent, je badigeonnai soigneusement, en essayant d'en enlever les parties infiltrées comme avec une curette, toute la surface ulcérée, qui changea aussitôt d'aspect et d'allure. Après trois badigeonnages espacés d'un jour d'intervalle, la plaie était tout à fait détergée, et le malade ne tarda pas à guérir. Voyant les heureux effets de cette médication, j'en ai généralisé l'usage, et j'y ai recours non seulement dans les cas graves, où le caustique réussit à merveille, mais encore dans les cas bénins où, associé au traitement habituel, il hâte notablement la guérison.

De la polyopie monoculaire.

M. BULL (Paris). — La fixation prolongée avec un œil soit à la loupe, soit au microscope, donne lieu à la polyopie monoculaire, phénomène qui consiste dans un dédoublement des lignes horizontales. M. Leroy, qui nous a entretenu déjà sur ce sujet, en avait attribué la cause à une action du muscle ciliaire, hypothèse généralement admise. Les nombreuses observations que j'ai faites m'ont amené à penser que la polyopie monoculaire a pour cause un plissement de la cornée par la pression des bords palpébraux dans un clignement forcé. Dans tous les cas de polyopie monoculaire asymétrique, on peut apercevoir sur la cornée des stries visibles à l'examen ophtalmoscopique et entoscopique. Les conclusions pratiques qu'on peut en tirer ont un réel intérêt.

De la réfraction chez les animaux.

M. MOTAIS (d'Angers). — Une hypermétropie élevée est la règle chez tous les animaux vivant en plein air. En recherchant l'état de réfraction des fauves en captivité, je suis arrivé aux conclusions suivantes : 1° Tous les animaux importés, sauf un couguar, avaient des yeux normaux (fortement hypermétropes) ; 2° Sur 15 animaux nés de parents importés, 2 avaient des yeux dégénérés (hyp. légère, emmétropie ou myopie) ; 3° Sur 52 animaux issus d'une ou plusieurs générations nées en captivité, 24 sujets avaient des yeux normaux (46 0/0), et 28 avaient des yeux dégénérés (54 0/0). La captivité prolongée pendant plusieurs générations amène donc l'allongement du globe. Ce phénomène est dû à la *vision constamment rapprochée*, — comme la myopie des enfants dans les collèges, — et n'est que la conséquence de la loi générale d'adaptation de nos organes aux fonctions qu'ils exercent habituellement.

Dans le mécanisme de cette myopie, quelle est la part qui revient à l'action du muscle ciliaire ou des muscles externes? Dans les conditions où se trouve l'animal, le muscle ciliaire est sans cesse et énergiquement contracté. Il ne tarde même pas à devenir asthénope (animaux adultes ne voyant plus de près). La convergence s'exerce aussi, du moins chez les félins. Pour déterminer l'influence de chacun de ces deux facteurs, j'ai examiné comparativement les yeux de lapins sauvages et de lapins depuis longtemps domestiqués. La latéralité extrême des yeux de lapins exclut toute convergence.

Les résultats n'ont pas été assez nets pour permettre de conclure. De nouvelles recherches dans cette voie sont indiquées. Je signale un fait curieux d'hérédité de la cataracte. Une lionne atteinte de la cataracte donna naissance, dans deux portées successives, à deux lionceaux atteints de la cataracte congénitale. *(A suivre).* E. KOENIG.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Séances des 4 et 5 Mai 1891.

Des faux empyèmes de l'antre d'Highmore. — Le Dr MOURE a eu l'occasion d'observer deux cas dans lesquels une suppuration fétide, abondante et unilatérale de la fosse nasale, pouvait faire croire à une affection du sinus maxillaire, mais l'examen rhinoscopique lui permit d'apercevoir au niveau du cornet moyen un gonflement de la muqueuse qui laissait sourdre du pus par la pression du stylet. La destruction de cette poche suppurante au moyen du galvanocautère permit de guérir les deux malades dont les tissus étaient sains.

Intubation du larynx chez les adultes. — Le Dr MASSEI (de Naples) a essayé la méthode de Lefferts dans 5 cas de sténose syphilitique du larynx, dans 34 cas de rétrécissement par des produits tuberouleux, dans 2 cas de sténose consécutive à la trachéotomie, enfin dans dix autres cas de rétrécissement du champ respiratoire pour papillome et pachydermie. L'intubation chez les adultes est indiquée dans la sténose aiguë ou chronique et permet d'éviter la trachéotomie dans bien des cas; elle est facilement évitée dans les œdèmes, mais il n'en est plus de même s'il existe des membranes obturant le larynx ou des masses languissantes venant faire saillie dans la glotte au point de la fermer presque entièrement; il faut alors procéder avant tout à l'ablation de ces obstacles.

De la Pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte.

Le Dr SUAREZ, ayant été appelé pour examiner le larynx d'un malade atteint d'œdème de la glotte qui déterminait des accès de suffocation menaçants, reconnut à l'examen laryngologique l'existence d'un léger interstioe au niveau du gonflement, aussi, avant d'avoir recours à la trachéotomie, proposa-t-il d'employer une solution de pilocarpine en injections sous-cutanées. 25 milligrammes de cet alcaloïde furent injectés en trois fois en 40 minutes. Après la première piqûre, le malade éprouva un notable soulagement; vingt minutes après la dernière, l'état anxieux avait fait place à un calme absolu. Huit jours après, le jeune homme était guéri.

Disparition spontanée du papillome chez l'enfant.

M. le Dr GAREL a vu un papillome se développer chez une jeune fille de quatre ans au cours d'une aphasie qui survint après l'influenza. La dyspnée arrivant, le Dr Garel pratiqua la trachéotomie et six semaines après il ne pouvait plus constater la trace de polype qui occupait antérieurement toute la corde vocale gauche et la commissure interaryténoïdienne.

De l'enlèvement du tympan avec une partie plus ou moins étendue de la chaîne des osselets dans l'otite moyenne sèche.

Le Dr MIOT insiste sur la nécessité qu'il y a d'enlever la membrane du tympan et le marteau avec ou sans l'enclume 1° dans les surdités produites par la membrane du tympan avec ou sans épaississements, 2° dans les obstructions de la trompe d'Eustache avec bourdonnements intolérables ou dans la surdité bilatérale, 3° dans les cas d'immobilisation de la chaîne des osselets. Cette opération est contre-indiquée 1° dans les cas d'obstruction de la trompe sans bourdonnements et avec surdité monoauriculaire, 2° dans les affections de l'oreille interne nerveuses ou autres. La perforation du tympan étant béante, M. Miot a remarqué que les malades affectés par hasard d'hyperémie de la muqueuse avec sécrétion entendaient beaucoup mieux que quand la muqueuse restait sèche, il a donc voulu placer ses opérés dans de pareilles conditions au moyen de liquides instillés dans la caisse. Après divers essais il a choisi la vaseline liquide avec ou sans iode. Ces instillations sont d'abord pratiquées tous les jours (001/80), puis à des intervalles plus ou moins éloignés; ils sont bien supportés par la muqueuse et améliorent l'acuité auditive. L'addition d'iode dans la vaseline a pour but de s'opposer à la formation incessante des produits de l'iotite moyenne sèche.

Syphilis héréditaire tardive des fosses nasales.

Le Dr NOQUET rappelle que la rhinite syphilitique peut se confondre avec la rhinite tuberculeuse. L'examen des yeux et des dents peut être alors utile comme dans le cas suivant qu'il relate. Il s'agit d'une fille de douze ans dont le lobule du nez était aplati, rouge, induré. De chaque côté de la sous-cloison il y avait une ulcération assez profonde avec fond gris sale. Après nettoyage, le Dr Noquet aperçut une perforation de la cloison cartilagineuse. Il constata en outre des leucomes indiquant l'existence antérieure de kératites parenchymateuses et la présence des déformations dentaires signalées par Hutchinson. Malgré l'affirmation du père niant avoir eu la syphilis, M. Noquet prescrivit le traitement de Gibert et les chaussettes napolitaines de Denis-Dumont. Au bout de huit jours, une amélioration évidente se manifesta.

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoïdienne.

Le Dr LACOARRET signale que cette affection est peu connue, malgré les faits rapportés par Desbrousses, Libermann, Ramon de la Sota, Major, Simpson, etc. Cette maladie semble être plus fréquente qu'on ne le croit généralement, car bon nombre de faits, décrits sous le nom d'œdème aigu du larynx, paraissent devoir se rattacher à cette affection. On a mentionné des faits d'arthrite par propagation, par traumatisme, par métastase, dans la blennorrhagie. Quant aux abcès, aux périchondrites des fièvres graves ou éruptives, ou des septicémies, ils ont leur point de départ dans l'articulation. Beaucoup d'abcès ou de périchondrites primitives ne sont autre chose que des arthrites infectieuses.

Rapport des tumeurs adénoïdes avec l'otite moyenne purulente chronique.

M, le Dr WAGNIER a vu l'ablation des tumeurs adénoïdes exercer une influence décisive sur la marche de l'otite chronique chez six malades qui avaient subi antérieurement une série de traitements locaux sans aucun succès.

La Société française d'Otologie, qui se réunit tous les ans au mois de mai, a eu son existence menacée par la création récente de la Société parisienne de même nom. Nos confrères de Paris, ayant reconnu que des réunions plus rapprochées étaient nécessaires, ont décidé de faire des assemblées mensuelles; il y a cinq ans cependant ils avaient supprimé les réunions trimestrielles de la Société d'Otologie. Nous pensons que la Société française et la Société parisienne peuvent vivre l'une à côté de l'autre, comme cela existe déjà pour les réunions analogues des ophtalmologistes.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 4 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. Henri MONOD, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte des nouvelles parvenues depuis lundi dernier sur la *situation sanitaire à l'intérieur.* A Dunkerque, aucun cas de fièvre typhoïde n'a été constaté. L'hôpital militaire n'en possède aucun cas. A l'hôpital civil, il reste quatre convalescents. A Brest, les cas de fièvre typhoïde observés parmi les troupes de l'artillerie et de l'infanterie de marine disséminées dans les forts environnants et sous la tente sont en voie de décroissance. A Rennes, une *épidémie de typhoïde* s'est déclarée dans le quartier occupé par le 7e régiment d'artillerie; onze hommes ont été atteints depuis le 1er avril; il y a eu un décès. Le soldat qui est mort est celui qui a apporté la maladie au quartier, il l'avait prise étant en permission. Des mesures de désinfection très énergiques ont été prises.

M. PROUST fait la communication suivante: la *variole* est en diminution à Marseille; il n'y a eu que 40 décès en avril, il y en avait eu 48 en mars. Il y a aussi à Saint-Nazaire quelques cas de variole, les passagers sont vaccinés avant leur départ des Antilles; cette pratique a donné les plus heureux résultats. Le *choléra* diminue également à Calcutta: 180 décès au lieu de 341 la semaine précédente. La *fièvre jaune* n'existe pas seulement à Rio-Janeiro, mais à Bahia, Santos et Pernambouc. En janvier il y a eu 51 décès de fièvre jaune à Rio, 357 en février et encore ces renseignements, depuis les no[uv]elles qui nous parviennent, sont

au-dessous de la vérité. Une dépêche de New-York du 20 avril a signalé l'arrivée, dans ce port, d'un navire anglais, *Ourlew*, qui, pendant la traversée de Rio à New-York, avait eu 4 décès et avait encore, au moment de son arrivée, 18 passagers atteints de fièvre jaune. Une surveillance sévère doit être exercée sur les provenances d'Amérique.

La *discussion* continue sur le *projet de loi relatif à la protection de la santé publique*.

CORRESPONDANCE

De la détermination de la taille d'après les os longs.

Lyon, le 5 mai 1891.

Monsieur le Directeur,

Dans ce journal, le regretté Paul Loye a rendu compte de nouveaux procédés que nous avions indiqués pour la détermination de la taille d'après les os longs des membres (1). Cette méthode a été admise par M. le professeur Tourdes (*Dict. encyclop.*, art. IDENTITÉ) et par M. le professeur Debierre (*Traité d'Anatomie*).

Cette question préoccupe depuis longtemps les médecins légistes et l'on connaît les tables dressées par Orfila qui, malheureusement, ne portent que sur un petit nombre de sujets et dont les mensurations n'ont pas été prises avec une rigoureuse exactitude. M. Topinard, dans le but d'évaluer la taille des hommes préhistoriques, a fait de nouvelles recherches à ce sujet et a pris des mesures sur un certain nombre de squelettes montés, mais sans tenir compte du sexe. Nous avons repris cette étude (2) et nous avons donné des tableaux divisant nos individus, les sexes étant séparés, en quatre groupes de tailles, avec les longueurs moyennes correspondantes des os. Connaissant la longueur d'un os, il est facile, avec ces tableaux, de trouver la taille cherchée, au moyen d'une règle de trois. Chaque groupe étant formé par un nombre restreint de sujets et le procédé étant relativement compliqué, nous en avons indiqué un autre, très simple, très rapide et non moins précis : pour avoir la taille d'un individu, il suffit de multiplier, chez l'homme, la longueur du fémur par 3,66, celle de l'humérus par 5,06 et de prendre la moyenne. Cette méthode nous a donné la taille de Gouffé à 2 millimètres près (3). On sait qu'il est bien difficile de la déterminer plus exactement sur un homme vivant. On opère de même, avec des nombres différents, suivant les autres os et suivant le sexe. Tout récemment, dans une remarquable étude (4), notre savant confrère, M. Manouvrier, donne, d'après ces matériaux, de nouveaux chiffres pour l'évaluation de la taille, qu'il divise en trois groupes (petites, moyennes et grandes tailles). La méthode devient alors compliquée et l'on est embarrassé pour les cas intermédiaires; toutefois M. Manouvrier pense ainsi diminuer les chances d'erreur. Quant à nous, nous croyons que le vrai moyen de les atténuer serait d'apporter de nouvelles mensurations; nous doutons, du reste, que l'on puisse arriver à une précision plus grande, à cause des variations individuelles. Dans le seul cas de supplicié que nous ayons pu examiner, la taille était de 1m65 (méthode Bertillon, registre d'écrou des prisons, Gonachon); nous l'avions déterminée à 2 millimètres près (1m648). D'après les coefficients nouveaux (5) qu'indique M. Manouvrier, nous trouvons une taille de 1m67. L'erreur n'est donc pas de notre côté, et, à tout bien considérer, le médecin légiste préfèrera un procédé qui nous paraît suffisamment exact et plus facile à retenir.

Veuillez agréer, etc. Etienne ROLLET.

(1) *Progrès médical*, 9 mars 1889.
(2) *Acad. des sciences;* et Lyon, Storck, 1888.
(3) *Affaire Gouffé ;* par Lacassagne, p. 33. Masson, 1891.
(4) *Progrès médical*, 2 mai 1891, p. 370.
(5) Nous croyons à une erreur typographique et employons le nombre 510, sans quoi la taille serait de 1m186.

HÔPITAUX DE PARIS.— *Concours du Bureau central en Médecine.* — Le premier concours du bureau central en médecine pour 1891 vient de se terminer par la nomination de MM. les Drs Albert MATHIEU, DELPEUCH et LERMOYEZ, anciens internes des hôpitaux.

VARIA

Association des médecins de la Seine.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1890

Recettes. — Rentes 3 p. 100 et 4 1/2 p. 100, 32,993 fr. 75; Cotisations, 17,732 fr.; Admissions, 504 fr.; Dons et legs, 44,485 fr.; Reliquat de l'année 1889, 136 fr. 70. Total, 95 851 fr. 45.

Dépenses et emploi. — Secours à quatre sociétaires et à cinquante-quatre veuves ou enfants de sociétaires, 37,500 fr.; Secours à vingt-huit personnes étrangères à l'Association, 3,900 fr.; Recouvrement des cotisations, 600 fr.; Frais d'impression, 1,045 fr.; Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses, 692 fr. 30 ; Somme prise sur le dixième du revenu pour les pensions viagères, 1,977 fr. 30 ; Achat de rentes. 49,166 fr. 50. Total, 94,881 fr. 10.

Balance. — Recettes, 95,851 fr. 45 ; Dépenses, 94,881 fr. 10. Reste, 970 fr. 35.

Caisse des pensions viagères (Fonds de secours).

Recettes. — Somme prise sur le dixième du revenu de l'Association, 1,977 fr. 30; Intérêt des sommes placées, 422 fr. 70. Total, 2,400 fr.

Dépenses. — Deux pensions viagères, 2,400 fr.

Balance. — Recettes, 2,400 fr.; Emploi, 2,400 fr.; Reste en caisse, 0 fr.

Fonds de réserve. — Reliquat de l'année 1889, 338 fr. 40 ; Don de M. Péan, 130 fr. Total, 468 fr. 40.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 11. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Tillaux, Reynier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Poirier, Retterer. — (2e partie) : MM. Straus, Ch. Richet, Weiss. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Pinard, Terrillon, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Fournier, Déjerine, Chauffard.

MARDI 12. — Dissection : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Quenu, Remy. — 4e *de Doctorat :* MM. Cornil, Proust, Legroux. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Humbert, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Panas, Bar. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Hanot, Letulle.

MERCREDI 13. — Dissection : MM. Farabeuf, Terrillon, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Segond, Tuffier.— 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Tillaux, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat :* MM. Hayem, A. Robin, Pouchet.

JEUDI 14. — Médecine opératoire : MM. Guyon, Remy, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Humbert, Gley. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Schwartz, Nélaton. — (2e partie) : MM. G. Sée, Debove, Quinquaud.

VENDREDI 15. — Dissection : MM. Farabeuf, Marc Sée, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Gley. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Pinard, Jalaguier, Ricard. — (2e partie) : MM. Grancher, Brissaud, Netter.

SAMEDI 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 8e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Debove, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Duplay, Nélaton Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Humbert, Campenon.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 14. — M. Deschamps. De l'hypothermie dans la méningite tuberculeuse. — M. Bouchinet. Des états primitifs de la médecine. — M. Brianceau. Contribution à l'étude du champ visuel dans la syringomyélie et la maladie de Morvan. — M. Toche. Hystérie et chorée de Sydenham.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS, 15, rue Malebranche, cours sur les maladies des *voies urinaires*, complet en 15 leçons, le lundi 4 mai, à 4 heures 1/2. Lundis, mercredis et vendredis.

Maladies des yeux. — M. le Dr KOENIG : Conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux.* Amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le samedi et le mardi à 8 heures du soir. A la fin de chaque conférence, exercices pratiques d'ophtalmoscopie, présentation de malades.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — MM. les Drs LUBET-BARBON et Alfred MARTIN, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2. La durée du cours est de deux mois. Pour les renseignements, s'adresser à la clinique, 19, rue des Grands-Augustins, le mardi, jeudi et samedi, de 2 à 4 heures.

Technique microscopique. — M. le Dr G. DUBAR (à la Charité), le lundi, à 8 heures du soir.

Histologie. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du Laboratoire d'histologie de la Charité, recommencera les cours suivants : 1° Le 14 mai, à 4 heures, technique microscopique générale et diagnostic d'anatomie pathologique ; 2° le 19 mai, à 2 heures, bactériologie pratique et technique spéciale, avec manipulations. Ces cours essentiellement pratiques sont destinés à mettre les élèves en mesure d'exécuter toutes les analyses exigées journellement par la pratique médicale. Tous les instruments nécessaires (microscopes, étuves, stérilisateurs) sont à leur disposition. On s'inscrit, 17, rue du Louvre, de 1 h. à 2 h.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire :* MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* ont commencé le lundi 6 avril 1891, à quatre heures. — 2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr BOURCY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Cours de Biologie. — Professeur, M. G. POUCHET, à l'hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY, médecin de l'hôpital Laënnec, le jeudi 30, à 10 heures.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMAN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredis et samedis à la même heure.

Conférences de gynécologie clinique et opératoire (*Hôpital Lourcine-Pascal*). — M. le Dr S. POZZI commencera ce cours le lundi 11 mai, à 9 h. 1/2, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Clinique chirurgicale infantile : — M. le Dr de SAINT-GERMAIN (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), le jeudi 23 avril, à 9 heures.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. RICHELOT (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2. Visite des malades, à 9 heures, à la salle Civiale.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 avril 1891 au samedi 2 mai 1891, les naissances ont été au nombre de 1225 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 406 ; illégitimes, 162, Total, 568. — *Sexe féminin :* légitimes, 414 ; illégitimes, 143, Total, 557.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 avril 1891 au samedi 2 mai 1891, les décès ont été au nombre de 1168 savoir : 636 hommes et 532 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 5, T. 11. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 19, F. 14, T. 33. — Scarlatine : M. 4, F. 3, T. 7. — Coqueluche : M. 5, F. 3, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 20 F. 12, T. 32. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 134, F. 80, T. 214. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 19, T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7, T. 7 — Tumeurs malignes : M. 19, F. 22, T. 41. — Méningite simple : M. 16, F. 14. T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 24, T. 36. — Paralysie, M. 3, F. 6, T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 8, T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 37, F. 45, T. 82. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 13, T. 33 — Bronchite chronique : M. 19, F. 17, T. 36. — Broncho-Pneumonie : M. 17, F. 19, T. 36 — Pneumonie : M. 46, F. 42, T. 88. — Gastro-entérite, biberon, M. 17, F. 13, T. 30 — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 6, T. 11. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 18, F. 13, T. 31. — Sénilité : M. 11, F. 25, T. 36. — Suicides : M. 17, F. 9, T. 26. — Autres morts violentes : M. 10, F. 1, T. 11. — Autres causes de mort : M. 134, F. 99, T. 233. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 5, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 15. Total : 40. — *Sexe féminin :* légitimes, 19, illégitimes, 19. Total : 38.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de l'adjuvat d'anatomie.* — Les membres du jury du concours seront : MM. M. Duval, Farabeuf, Tillaux, Poirier, Reynier ; juges suppléants : MM. Kirmisson et Tuffier.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Cours de botanique* (herborisations). — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 10 mai 1891. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à 11 h. 30, pour le train partant de Paris à midi pour la station de Chaville.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours du Bureau central en accouchements.* — Les candidats sont : MM. Boissard, Couder, Demelin, Laskine, Lepage, Potocki, Varnier, Stappfer, Tissier, Wallich.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Strasbourg.* — M. le Dr Minkowski, privat-docent, bien connu par ses recherches sur la glycosurie pancréatique, vient d'être nommé professeur extraordinaire de médecine interne.

ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS A CAEN. — A l'hôtel de ville de Caen, en présence des autorités, des professeurs de la Faculté et du lycée, a eu lieu la semaine dernière la remise du drapeau aux étudiants de la Faculté de Caen. Deux discours ont été prononcés par M. Zévort, directeur de l'Académie, et M. Levillain, président de l'Association des étudiants.

ASILE POUR LES FEMMES. — La Société de philanthropie pour la création d'asiles ouvroirs où l'on obtient l'assistance par le travail a décidé de créer un asile-ouvroir pour femmes qui sera en état de fonctionner dans la huitaine. Les intéressés peuvent, dès à présent, se faire inscrire au siège social, 7, rue de Blainville.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE LYON. — A la suite du concours pour une place de sous-directeur du bureau municipal d'hygiène, M. E. Borry, qui en remplissait déjà les fonctions en qualité de suppléant, a été nommé titulaire. Le jury était composé de M. Gailleton, président, Rollet, Rabot, Monoyer, Augagneur, Bard et Lannois. Entre autres questions traitées, nous mentionnons : épidémiologie de la diphtérie, crémation, et, parmi les questions restées dans l'urne : éclairage des écoles, ventilation, affections contagieuses des yeux chez les enfants, de l'approvisionnement des villes en eau potable, myopie scolaire, des oreillons, contagion de la rougeole, épidémiologie de l'influenza. (*Lyon méd.*)

CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE DE LONDRES. — La Commission qui doit représenter la France au Congrès d'hygiène et de démographie qui doit se tenir à Londres au mois d'août prochain, s'est réunie dimanche dernier à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le Pr Brouardel.

CONGRÈS MÉDICAL PAN-AMÉRICAIN. — Le *Medical Record* de New-York annonce qu'on fait de grands efforts pour organiser un Congrès médical pan-américain.

CRÉMATION. — L'historien allemand Gregorovius ayant demandé qu'on incinérât son corps, celui-ci a été transporté à Gotha, où a eu lieu la crémation.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MM. les médecins-majors de 1re classe Delmas, Baudot et Landriceu seront promus au grade de commandeur du Nicham-Iftikhar. MM. les médecins-majors de 2e classe Vintac, Charier, Troy, Namin, Prat, Coquand, Frilet, Strœbel, Guérard, Pailloz, Delorme, M. Robin, médecin aide-major de 1re classe et M. Peyrat, médecin aide-major de réserve, sont promus au grade d'officier du Nicham-Iftikhar.

HÔPITAUX DE ROUEN. — Le dernier concours pour une place de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Fortin.

INFLUENZA EN ANGLETERRE. — L'influenza fait tous les jours des progrès nouveaux et rapides dans toute l'Angleterre et continue ses ravages. L'épidémie se complique de bronchite et de broncho-pneumonie. 470 décès ont été constatés la semaine dernière à Sheffield. Dans le Yorkshire, les bras font défaut pour les travaux de la terre. 5,000 personnes sont atteintes à Rotherham, 12,000 à Bradford, sur une population de 183,000 habitants.

LA FIÈVRE TYPHOÏDE EN AMÉRIQUE. — La fièvre typhoïde sévit à Chicago avec une grande intensité. Plusieurs centaines de cas sont constatés chaque jour. Les hôpitaux sont combles et refusent

d'admettre de nouveaux malades. On attribue l'extension de l'épidémie au fait que des eaux d'égout ont pénétré dans le lac, d'où la ville tire son eau potable.

LA DÉPOPULATION EN FRANCE. — On annonce de Dijon que M. le Pr Tarnier, président de l'Académie de médecine, vient de fonder à Arc-sur-Tille (Côte-d'Or), un prix de 100 fr. pour chaque enfant qui naitra du 1er janvier au 31 décembre 1892 dans cette commune. La discussion de l'Académie porte ses fruits... en province.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. le Dr FOL est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier les éponges du bassin de la Méditerranée.—M. OUSTALET, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est chargé de représenter le ministère de l'instruction publique au Congrès international ornithologique qui s'ouvrira à Budapest, au mois de mai prochain.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. DAUBRÉE, professeur de géologie au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire remplacer, pour une partie de son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1890-1891, par M. Stanislas Meunier, aide naturaliste audit établissement.

RÉCOMPENSES. — Par arrêté en date du 16 avril 1891, le Ministre de l'intérieur, sur l'avis conforme du Comité de direction du service de l'hygiène, a décerné des médailles d'honneur en argent et en bronze aux médecins militaires et infirmiers ci-après désignés, en récompense du dévouement exceptionnel dont ils ont fait preuve au cours de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur les troupes de la brigade d'occupation de Tunisie pendant le deuxième semestre 1890. *Médailles d'argent*: Dr Schoull, médecin-major de 2e classe, médecin traitant à l'hôpital mixte du Bolvédère, à Tunis ; Dr Bernardy (Nicolas) médecin-major de 2e classe, médecin chef de l'hôpital annexe du Kef, à Tunis. — *Médailles de bronze*: Achard (Jean-Louis), caporal de visite. Laurence (Jérémie-Elisée) et Grange (Baptiste), soldat à la 21e section d'infirmiers militaires, attachés aux hôpitaux de Tunis.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle, en date du 8 avril 1891, les médecins aides-majors de 1re classe dont les noms suivent sont passés dans la première moitié du cadre : MM. Gilbert, Chevalier, Darbouet, Puig, Créton, Bourdin, Pélégry, Routier, Delahousse, Barudel, Marcus, Simonin, Bérard, Renard, Anotte, Ecot, Licht, Renaud et Maison. — Par décision ministérielle, en date du 12 avril 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont obtenu le certificat d'aptitude au grade supérieur : MM. Achard, Atgier, Audebnier, Baills, Boutry, Brousse, Catteau, Colin, Collignon, Darde, d'Arras, de Tastes, Dupeyron, Dziewouski, Ferry, Francou, Gadet, Godin, Laydeker. Mackiewicz, Morand, Morert, Pauyat, Pouez, Riff, Saletes, Thorthe, Tixier, Vack et Vignot.

SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE. — *Congrès de* 1891. — Le second Congrès de la Société allemande de Dermatologie aura lieu du 17 au 19 septembre 1891, à Leipzig.

UNE UNIVERSITÉ AU CAP. — On annonce la création d'une Université au cap de Bonne-Espérance.

VANDALISME SCIENTIFIQUE. — La *Revue scientifique* appelle l'attention des savants sur un vœu du Conseil municipal du Havre, qui vient de décider la démolition de l'Aquarium et du Laboratoire de bactériologie de cette ville. Il y a cependant un traité avec le Ministère de l'instruction publique.— Nous nous associons aux protestations énergiques de notre confrère, et cela avec d'autant plus de force que plusieurs de nos collaborateurs, MM. les Drs Regnard, R. Blanchard, notre regretté camarade P. Loye, ont jadis travaillé à ce laboratoire, alors dirigé par M. P. Bert.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr JUHEL (de Caen). — M. le Dr JALABERT (de l'Araba). — M. le Dr Juan DE RULL, vice-recteur, doyen de la Faculté de médecine de Barcelone. — M. le Dr ROCHETTE (de Paris), médecin-inspecteur des Ecoles.— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le Dr CAZIN, chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer. Dans notre prochain numéro, nous consacrerons à ce médecin distingué une notice nécrologique.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. TERRILLON, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. *Conférences cliniques.* Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures.— M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale. — M. RENDU, jeudi à 10 heures. — *Clinique chirurgicale. Cours de gynécologie.* — M. le Dr PICHEVIN, Lundi, mardi, mercredi, samedi, à 10 heures.

HOPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* — M. LANNELONGUE, mercredi à 9 h. 1/2.—*Clinique médicale.*— M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN, visite des malades à 9 heures. Mercredi : Conférence de chimie pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique. Samedi : Examen des entrants.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale.* — M. le Dr CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — *Chirurgie orthopédique.*— M. KIRMISSON, le lundi à 10 h. du matin. Les leçons de cette année seront consacrées aux *difformités du membre inférieur.* Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

HÔPITAL BROUSSAIS. — *Clinique chirurgicale.* — M. le Dr RECLUS, le samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale.* — M. le Dr A. CHAUFFARD, le samedi à 10 heures.

HÔPITAL BICHAT. — *Clinique et thérapeutique.* — M. Henri HUCHARD commencera ses leçons à l'hôpital Bichat le dimanche 3 mai à dix heures très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. — *Objet du cours* : Médecine pratique. Diagnostic et traitement des maladies Mode d'administration et posologie des médicaments. — Le lundi, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. Le mardi et le vendredi, consultations externes — Le mercredi et le samedi, visite des malades nouveaux, à 9 heures 1/2. — Le jeudi, consultation pour les maladies du cœur ; travaux pratiques.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD commencera le lundi 11 mai, à 5 heures du soir, un cours de Dermatologie et de Syphiligraphie, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie RUEFF et Cie,
106, boulevard Saint-Germain.

BOURGET. — Manuel de chimie clinique. Analyse de l'urine. Des calculs, concrétions et sédiments. Des transsudats et exsudats liquides. Des liquides kystiques et du suc gastrique. Volume in-18 cartonné de 147 pages . . . . 3 fr. 50

CRINON (L.). — Revue des médicaments nouveaux. — Volume in-18 cartonné de 368 pages . . . . 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 20. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 MAI 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. J.-M. CHARCOT.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes (1).

Du somnambulisme hystérique (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme) ;

Par **Georges GUINON**, chef de clinique à la Salpêtrière.

La grande attaque d'hystérie est bien connue depuis les travaux de M. le Pr Charcot, dont la description remonte déjà à plus de dix ans (2). Elle est divisée, ainsi qu'on sait, en quatre périodes : 1° période épileptoïde ; 2° période des grands mouvements ; 3° période des attitudes passionnelles ; 4° période terminale. Mais il s'en faut de beaucoup qu'elle soit toujours aussi nettement séparée en ses quatre phases. Nous ne parlons ici, bien entendu, que de la grande hystérie, *hysteria major* ou hystéro-épilepsie. Quelquefois une des périodes peut manquer et l'attaque se borner par exemple aux grands mouvements et aux attitudes passionnelles. D'autres fois ce sont ces dernières qui manquent, ou bien encore les contorsions et alors on se trouve en présence d'une prédominance de la phase épileptoïde pouvant aller, si les attaques deviennent subintrantes, jusqu'à simuler l'état de mal épileptique (état de mal hystérique épileptiforme de Charcot) (3). On peut voir aussi, et ce sont les cas de ce genre dont nous nous occuperons seulement ici, les attitudes passionnelles se prolonger aux dépens des autres phénomènes et prendre une prédominance telle que l'attaque devient véritablement une attaque délirante, l'élément convulsif se trouvant rejeté au second plan. Dans les cas les plus ordinaires, les deux dernières périodes durent peu ou même peuvent manquer complètement. Nous montrerons dans le cours de ce travail que l'une d'elles, la phase passionnelle, qui chez le plus grand nombre des malades dure seulement quelques minutes, peut, sans perdre ses caractères essentiels, s'étendre à plusieurs heures et même plusieurs jours.

Ces diverses modalités de la grande attaque d'hystérie se trouvent déjà signalées dans le livre de M. Charcot que nous citions plus haut. Mais c'est surtout dans ces derniers temps que l'attention a été attirée par lui sur quelques-unes d'entre elles et en particulier sur la forme délirante de l'attaque (4). Dans ses leçons cliniques, M. Charcot avait fait remarquer maintes fois combien cette attaque de délire se rencontre souvent dans l'hystérie. On voit alors les phénomènes convulsifs de la crise se réduire à leur minimum, et, au contraire, les attitudes passionnelles prédominer avec grande violence, au point de constituer une période plus ou moins prolongée d'un délire généralement actif et bruyant, quelquefois furieux, quelquefois gai ou érotique, quelquefois caractérisé par un bizarre changement de la personnalité, la *zoanthropie*.

*
* *

On avait déjà à la vérité observé et publié des cas de ce genre. Les deux observations bien connues de Mesnet doivent, ainsi que nous le montrerons dans le cours de ce travail, rentrer dans la catégorie du délire de la phase passionnelle de l'attaque auquel M. Charcot propose d'attribuer la dénomination de *somnambulisme hystérique*. Elles doivent être, dans ce groupe, considérées comme des prototypes. M. Mesnet, initiateur dans la matière, caractérisait cet état délirant qu'il avait observé avec les plus grands détails par le terme de somnambulisme pathologique, opposé à celui de somnambulisme naturel ou mieux noctambulisme, que l'on applique aux individus qui se lèvent la nuit pour accomplir quelque acte plus ou moins raisonnable, mais déplacé, et dont lady Macbeth, dans la scène magistrale de Shakespeare, donne l'image la plus répandue.

Il est facile de se rendre compte de la nature réelle du délire chez la première malade de M. Mesnet (1). Il s'agissait d'une jeune femme de 30 ans, soignée pour des accidents hystériques graves, consistant surtout en grandes attaques qui revenaient avec une violence et une fréquence inusitées. On en constata jusqu'à 927 en dix jours, c'est-à-dire en moyenne 92 par vingt-quatre heures. Ces attaques, qui étaient tout d'abord vulgaires, commencèrent un beau jour par s'entremêler de phénomènes que nous considérons aujourd'hui comme du domaine de l'hypnotisme, mais que l'on prenait encore à cette époque pour des névroses spéciales, la catalepsie, par exemple. Nous n'insistons pas ici sur cette immixtion de phénomènes hypnotiques dans l'attaque d'hystérie, nous réservant d'y revenir plus loin à propos d'un de nos malades.

Les choses en étaient à ce point chez la malade de M. Mesnet, lorsqu'une nuit, immédiatement au sortir d'une attaque convulsive d'une grande violence, elle se lève, s'habille, descend au jardin, court avec agilité et saute sur les bancs, alors qu'il lui fallait, à l'état de veille, un bras pour la soutenir pendant la marche. Après quelques évolutions, elle rentre, se couche et termine la scène par de grandes convulsions.

Dans d'autres crises somnambuliques, toujours précédées et suivies, comme la première, d'une période convulsive, la malade est en proie à des hallucinations visuelles terrifiantes. Elle parle, lutte contre des gens imaginaires qui veulent lui enlever ses enfants, écarte des bêtes qui veulent les dévorer. Elle fait dans ses crises plusieurs tentatives de suicide, essaie de se jeter par la fenêtre, de se pendre (et dans cette tentative M. Mesnet attendit que la pendaison fut presque exécutée pour couper la corde) ou d'avaler une macération de vieux sous. Elle écrit pendant son délire des lettres fort correctes pour annoncer à sa famille son intention de mettre fin à ses jours ou pour lui dire que l'ange lui étant apparu au moment où elle allait avaler le poison, elle a renoncé à une tentative indigne d'elle.

En observant la malade, M. Mesnet s'était aperçu qu'elle était renfermée dans son délire, qu'elle ne semblait pas se douter de la présence des personnes qui l'entouraient, lui

(1) D'après les leçons faites par M. le Pr Charcot, en février 1890. On trouve un compte rendu abrégé de ces leçons dans un article intitulé : *Des somnambulismes*, par M. Blocq, dans la *Gazette hebd. de méd. et de chir.* du 22 mars 1890.

(2) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1880, t. I, p. 373 et 432. — Voir aussi P. Richer. *Études cliniques sur la grande hystérie ou hystéro-épilepsie*, 1885. On trouvera même dans le livre de M. Richer que déjà Bernutz avait considéré une période de délire comme inhérente à la constitution de l'attaque d'hystérie complète. Nous reviendrons d'ailleurs plus tard sur ce point. (V. p. 114 et 115).

(3) Charcot. — *Tribune médicale*, 1885, leçon publiée par Bl. Edwards. — Marie et Souza-Leite. — *Prog. méd.*, 20 oct. 1884.

(4) *Gaz. hebdomadaire*, 22 mars 1890 et Leçons du Mardi, t. I et II.

(1) Mesnet. — *Études sur le somnambulisme, envisagé au point de vue pathologique.* (*Arch. gén. de méd.*, 1860. I, p. 147).

parlaient, sinon quand ces personnes ou les objets ambiants s'incorporaient dans son délire. Alors elle répondait même aux questions qu'on lui adressait. Mais l'intelligence semblait s'exercer dans un cercle invariable d'idées, et les sens, bien qu'éveillés, n'agir que dans une sphère restreinte, toujours en rapport avec l'idée dominante.

Il est impossible de décrire mieux les caractères qui distinguent le somnambulisme hystérique ou délire de la phase passionnelle de l'attaque. L'interprétation est facile ici, et P. Richer (1) dans son livre cite cette observation sous la rubrique de somnambulisme remplaçant la phase passionnelle de l'attaque. Elle l'est peut-être moins chez le second malade de M. Mesnet, dont il publia l'histoire quatorze ans plus tard (2).

Il s'agit dans ce second cas d'un homme de 27 ans, chez qui le début des accidents nerveux se fit à l'occasion d'une plaie par arme à feu du crâne et du cerveau, plaie suivie d'accidents paralytiques qui guérirent parfaitement bien. Les stygmates hystériques étaient à leur plus haut degré chez cet homme. Il était anesthésique total, dans le domaine de la sensibilité générale et des sens spéciaux, la vue et le sens musculaire exceptés. Chez lui la transition de la vie normale à la période délirante se faisait cependant sans l'intermédiaire d'aucun élément convulsif, aussi bien que le retour à l'état normal qui marquait la fin de la crise. C'est dans cette absence de l'élément convulsif que résidait alors la plus grande difficulté d'interprétation. Mais cette circonstance ne doit pas nous éloigner de l'idée que nous soutenons, si nous nous reportons aux détails du délire de cet homme absolument analogue à celui de tous les malades que l'on doit faire rentrer dans la catégorie des somnambules hystériques.

Le délire auquel il était en proie n'était point violent et on aurait pu passer à côté de lui pendant une de ses crises sans se douter dans quel état il était, sauf qu'il avait alors une propension à voler tout ce qui lui tombait sous la main et à le cacher sans réflexion là où il se trouvait. Il allait droit devant lui, les yeux grands ouverts, le regard fixe, tournant les obstacles quand il se heurtait à eux, mais sans s'en occuper, sans les incorporer en général dans son délire.

En s'adressant au sens du toucher M. Mesnet s'est aperçu que l'on pouvait jusqu'à un certain point entrer dans son délire et le diriger partiellement. Mais il arrangeait à sa façon l'idée qu'on lui suggérait. Une canne placée entre ses mains devenait un fusil (il avait été soldat en 1870-71 et c'est pendant la guerre franco-allemande qu'il avait reçu une balle dans la tête) avec lequel il se battait contre des Prussiens imaginaires. Une plume placée entre ses doigts lui suggérait l'idée d'écrire. Mais nous laisserons de côté cette particularité du cas de ce malade, pour y revenir plus loin à propos d'un des nôtres.

Tout ce qui se passait tout autour de lui semblait lui être étranger. Il paraissait enfermé dans l'unique idée qui le faisait agir et ne tenir aucun compte du reste. Ainsi on pouvait se mettre en travers de son chemin, lui résister jusqu'à le renverser à terre, sans qu'il parût s'en émouvoir, ni s'en étonner. Pour le rendre sensible il fallait entrer dans son idée et s'adresser au sens qui paraissait le plus éveillé, c'est-à-dire le toucher. S'il voulait allumer une cigarette et que son allumette fut éteinte on pouvait lui en présenter une assez près pour lui brûler les cils sans qu'il parût la voir. En la lui mettant dans les mains il allumait sa cigarette et fumait, n'ayant pas cherché à s'enquérir de celui qui venait ainsi au-devant de ses désirs.

Ce sont bien là tous les caractères du délire hystérique. Une de nos observations serait absolument identique à celle-ci, si on n'y trouvait en plus, ce qui n'est point à dédaigner pour l'interprétation des faits et leur identification, une attaque convulsive ouvrant et fermant la scène.

(1) P. Richer. — *Loc. cit.*, p. 302 et suiv.
(2) Mesnet. — *De l'automatisme de la mémoire et du souvenir dans le somnambulisme pathologique.* (*Union médicale*, 21 et 23 juillet 1874).

On pourrait encore relever dans la littérature médicale un certain nombre de faits de ce genre (1). Nous nous contenterons d'en signaler quelques-uns brièvement, car la plupart d'entre eux sont loin d'être aussi complexes que le deuxième cas de M. Mesnet, bien qu'ils ne soient pas moins caractéristiques. P. Richer, dans son ouvrage déjà cité, en rapporte quelques-uns. L'un d'eux a trait à un jeune collégien de 20 ans, envoyé à M. Charcot par M. Hillairet (2). Celui-là se promenait, parlait, jouait aux dames, faisait des calculs pendant la phase délirante de son attaque dont la phase convulsive était réduite au minimum. Dans un autre, emprunté à E. Chambard (3), la malade était à un certain degré accessible à quelques suggestions vulgaires. Nous reviendrons là-dessus plus loin. P. Richer fait observer avec raison, à propos des divers cas qu'il rapporte, que le délire peut être accompagné des autres phénomènes de l'attaque à l'état d'intégrité ou de simple ébauche, ou, dans d'autre cas, être absolument isolé chez un hystérique.

Le cas publié par M. Garnier (4) présente à tous égards un grand intérêt. Chez ce sujet il y avait : 1° des accès de somnambulisme spontané dans lesquels il avait les yeux ouverts ; 2° du somnambulisme hypnotique provoqué par le procédé ordinaire de la fixation d'un objet brillant ; 3° des attaques de sommeil ; 4° des accès de condition seconde dans un desquels il avait commis et plus tard reconnu le méfait à propos duquel on l'avait confié à l'examen médico-légal de M. Garnier. Laissant de côté ces trois derniers états qui ne nous occupent point ici, nous voyons que, dans ses accès de somnambulisme spontané, cet homme marchait, agissait d'une façon en apparence raisonnable et coordonnée. Mais il ne se mettait en contact ou en rapport avec le monde extérieur que par un côté exclusif, le mobile actuel de son délire. Une question sans corrélation avec l'idée qui était, à ce moment, maîtresse de son esprit, n'était point entendue, mais si l'interrogation visait ce point précis, il devenait possible d'entrer en communication avec lui sur ce sujet étroitement limité. Ce sont bien là les caractères signalés plus haut dans les cas que nous citions. Nous y reviendrons avec quelques détails à propos de nos malades.

Depuis longtemps, M. Charcot avait fait remarquer combien fréquemment les attaques délirantes se rencontrent chez les enfants des deux sexes, peut-être même plus particulièrement chez les garçons. Chez eux on voit souvent un délire actif, quelquefois furieux, tenir une place prépondérante dans l'attaque d'hystérie. Dans une leçon publiée en 1884 (5), il rapportait l'histoire d'une petite épidémie d'hystérie survenue chez trois frères et sœurs, à l'occasion de pratiques de spiritisme. Le plus jeune de ces enfants, âgé de onze ans, criait qu'il voyait des lions, des loups, son père mort, se battait à coups de sabre avec des ennemis imaginaires, courait, frappait les portes. L'autre se levait, fuyait criant au voleur. Dans les *Leçons du Mardi*, M. Charcot cite encore d'autres cas de cette espèce.

L'un d'eux (6) a trait à un jeune collégien de 14 ans qui, dans ses attaques que M. Charcot qualifiait de somnambulo délirantes, se livrait à toutes sortes d'actes absurdes, en rapport la plupart du temps avec des hallucinations visuelles. Il grimpait après le bras de son médecin, le prenant pour une corde à nœuds du gymnase où dans son délire il croyait se trouver. Sous l'empire d'une hallucination de même nature, il tentait d'emporter sa mère sur son dos, la prenant pour le portique du même gymnase.

(1) Voir, à ce sujet : Chambard. *Du somnambulisme en général.* Th. Paris 1881.
(2) P. Richer. — *Loc. cit*, 2e édit., p. 310.
(3) P. Richer. — *Loc. cit.*, 2e edit., p. 314.
(4) Garnier. — *L'automatisme somnambulique devant les tribunaux*, 1887.
(5) Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* t. III, p. 232 et suiv.
(6) Charcot. — *Leçons du Mardi*, t. I, p. 199.

Dans le même ordre d'idées, citons encore le cas rapporté sous le titre d'hystérie maniaque infantile par M. Blocq (1) qui, d'autre part, a publié une revue basée sur une leçon de M. Charcot et où il touche le sujet qui nous occupe ici (2). Dans ce cas le délire dura plusieurs jours et fut suivi par deux attaques successives qui se produisirent pendant la même journée et marquèrent la fin de la crise somnambulique.

* * *

Dans tous les cas que nous venons de citer, au point de vue nosographique, il s'agit toujours de la même chose. Mais on peut déjà voir, par la brève description que nous avons donnée, que tous ces cas, malgré les grandes analogies qui les rattachent les uns aux autres, ne se ressemblent pas cependant absolument. Les uns présentent une période délirante courte, marquée par une incoordination d'idées et d'actes saisissante. D'autres au contraire, les deux cas de M. Mesnet et celui de M. Garnier en particulier, sont remarquables par une sorte de ressemblance avec l'état de veille, et l'exécution d'actes coordonnés. Entre les uns et les autres, toutes les transitions peuvent se rencontrer. C'est, à n'en pas douter, dans l'hystérie de l'enfance et en particulier dans l'hystérie des jeunes garçons, que l'on rencontrera le plus grand nombre de cas de la première catégorie.

Nous avons pu observer plusieurs enfants offrant des accidents de ce genre dans le service de M. le Pr Charcot, à la Salpêtrière.

L'un d'eux, le jeune It..., âgé de 13 ans, commençait son attaque par une aura gutturale fortement accentuée, criant : « J'étouffe ! » Puis, perdant connaissance, sans tomber par terre, il était pris de quelques mouvements convulsifs des membres, véritable esquisse de la phase épileptoïde, qu duraient quelques secondes. Alors commençait tout de suite le délire. Il s'adressait à son père, effaré de voir son enfant dans cet état, et lui disait : « Allez-vous-en, Monsieur. Vous n'êtes pas mon père. » Puis il sautait à cheval sur le traversin de son lit et chevauchait à travers la chambre, criant : « Hue ! bidet ! » et frappant à droite et à gauche de grands coups d'une cravache imaginaire. Ou bien encore il était furieux et cassait tout ce qui se trouvait autour de lui. Enfin, il revenait à lui, un peu fatigué, dormait quelques instants et se relevait ayant tout perdu souvenir, comme si rien ne s'était passé. Ces crises, qui au début étaient assez courtes, se prolongèrent dans la suite ; elles duraient alors jusqu'à une heure entière. Il n'y eut jamais, pendant les crises, ni morsure de la langue, ni miction ou défécation involontaire.

Cet enfant, à propos de qui ses parents niaient toute hérédité nerveuse, avait vu les premiers accidents nerveux se développer sans cause connue. Ainsi que cela se présente souvent dans l'hystérie infantile, on ne constatait chez lui aucune espèce de stigmate hystérique, sauf, et cela n'était encore pas bien net, un point hyperesthésique dans la fosse iliaque gauche.

Un autre petit garçon, âgé de 12 ans, était fils d'un père qui, à la suite d'un accident survenu dans un éboulement, avait présenté les symptômes de l'hystérie traumatique. Depuis cet éboulement, tous les ans, pendant deux mois environ, aux environs du jour anniversaire de son accident, il était pris de crises de nerfs qu'il nous a décrites, et qui sont, à n'en pas douter, des attaques hystériques, durant quelquefois pendant quatre heures, et caractérisées par l'aura classique et des grands mouvements violents. A l'époque où nous avons pu l'examiner, le père du jeune Feren... ne présentait aucun stigmate, ni anesthésie, ni rétrécissement du champ visuel. Outre cette tare héréditaire paternelle, le petit malade a encore une tante maternelle qui a eu la chorée à l'âge de 12 ans et un cousin germain du côté de sa mère qui est mort fou à l'asile de Villejuif.

(1) Blocq. — *Hystérie maniaque infantile* (*Soc. de méd. prat.*, 1890).
(2) Blocq. — *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 22 mars 1890.

Pour ce qui est du jeune Feren..., au mois de mai 1888 il fut assailli par un gros chien de Terre-Neuve, qui ne lui fit d'ailleurs aucun mal, mais lui arracha l'écharpe blanche qu'il portait au bras (il venait de faire sa première communion) et lui causa une vive frayeur. A partir de ce moment il était devenu poltron, pleurnicheur et presque toutes les nuits rêvait de gros chiens qui l'attaquaient. Les choses restèrent dans cet état pendant cinq mois. Un beau soir, au moment de se mettre à table pour dîner, il tomba par terre sans connaissance, sans avoir été prévenu par aucune sensation particulière. Il se releva au bout de quelques instants et dîna comme si rien ne s'était passé. Plus tard l'aura classique laryngée et céphalique précéda toujours l'attaque. Mais pendant les premières elle manquait, phénomène d'autant plus important qu'il pouvait induire en erreur, une des attaques s'étant accompagnée de perte involontaire de l'urine et des matières fécales. Mais si on avait pu alors penser à l'épilepsie en raison de ces deux phénomènes, l'absence d'aura, la miction et la défécation involontaires pendant la crise, cette hypothèse ne pouvait se soutenir longtemps. En effet bientôt apparurent des attaques dans lesquelles, l'élément convulsif se bornant à quelques légers spasmes des membres, le délire atteignait au contraire une intensité considérable. D'autre part en l'absence d'autres stigmates, tels que l'anesthésie, les points hystériques, il existait une amblyopie hystérique totale de l'œil droit constatée par M. Parinaud, et qui était survenue, au dire des parents, peu de temps après l'accident arrivé à l'enfant.

Chez ce petit malade le délire était assez actif et bruyant. Il court à droite et à gauche, demande de l'eau en tendant un gobelet imaginaire et offre deux sous pour en avoir. Puis il dit : « Donnez-moi un mouchoir. Voilà quatre sous. » Tout à coup il saute sur son lit et pendant une demi-heure le met sens dessus dessous. Il prend enfin son matelas sur sa tête et se promène ainsi dans la pièce où il se trouve. Puis cette idée le quitte, et subitement : « Je vais aller attraper des corbeaux, » dit-il, et en même temps il dispose par terre des pièges imaginaires. Pendant tout ce temps il va, vient, les paupières baissées et vibrant de petits battements, tournant les obstacles qui se trouvent sur son chemin. Enfin il s'arme d'une gaule imaginaire et pêche à la ligne. Mais trouvant qu'il ne prend pas assez de poisson à l'aide de cet engin, il se baisse et attrape les poissons à la main en comptant rapidement : « Un, deux, trois, quatre. » Il sort de cet état soit sans transition bien accusée, soit par l'intermédiaire de quelques mouvements spasmodiques.

Dans la suite, après quelque temps de séjour à l'hôpital, les attaques de ce petit malade se modifièrent notablement. La période délirante se raccourcit peu à peu, l'élément convulsif devint graduellement prédominant et il rentra ainsi dans la règle, quittant ses crises somnambulo-délirantes qui avaient si fort effrayé son entourage (1).

(1) Les cas de ce genre sont extrêmement fréquents. Depuis que nous avons rédigé ce travail, nous avons eu dans nos salles, à la Salpêtrière, deux enfants dont les attaques délirantes ont causé grand émoi dans les pays qu'ils habitaient. L'une était une petite fille de 11 ans, demeurant en Bourgogne, dans un petit hameau de quelques habitants. Elle avait des attaques dans lesquelles la période délirante prenait un développement tel que, devant l'émoi des habitants, le maire du pays écrivit à M. Charcot pour demander son admission à la Salpêtrière. Nous reconnûmes chez elle *dès son arrivée* l'attaque typique d'hystérie avec prédominance de la phase passionnelle. Trois mois d'isolement et de séjour à la Salpêtrière suffirent pour la guérir complètement. L'autre est un jeune garçon de 12 ans habitant en Corse, à Bastia. Envoyé à la Salpêtrière par son médecin pour consulter M. Charcot, il présentait *dès son arrivée* tous les signes de l'hystérie infantile avec attaques dans lesquelles la phase passionnelle prédominait d'une façon tout à fait remarquable. La crise se produisait généralement dans l'après-midi ou la soirée. Après une courte période convulsive, le petit malade entrait dans son somnambulisme qui se prolongeait quelquefois jusqu'au lendemain matin. Dans cet état il mangeait, buvait, sortait dans la rue, se faisait conduire au théâtre de la ville et en rentrant racontait à son père la pièce qu'il avait vu jouer. Le lendemain matin il avait complètement perdu le souvenir de ce qu'il avait fait, niait avoir été au théâtre, etc. Ce garçon est également en voie de guérison.

Comme on le voit par les quelques cas qui précèdent, le délire de la phase passionnelle de l'attaque hystérique chez les enfants est éminemment variable dans ses manifestations extérieures. Il y a cependant un trait commun à tous ces cas, c'est que dans le délire l'initiative est laissée presque totalement au malade qui, le plus souvent, règle ses idées délirantes soit sur ses hallucinations visuelles du moment, soit sur les faits habituels de sa vie, soit sur des souvenirs qui ont plus ou moins fait impression sur son esprit. Parmi les variétés presque innombrables qu'on pourrait signaler dans ce groupe, il est une forme, pas très fréquente à la vérité, qui paraît mériter une mention spéciale. Cette forme est caractérisée par le bizarre changement de la personnalité qu'on appelle la *zôanthropie* : les malades, en pareil cas, abandonnent, comme on sait, leur propre individualité et se croient transformés en animaux divers.

Il y a deux ans environ, les journaux politiques étaient remplis d'articles ou d'entrefilets plus ou moins extraordinaires concernant la femme-chatte de la Salpêtrière. Peu de gens l'ont vue, cette femme-chatte, car elle est à peine restée quarante-huit heures à la Salpêtrière, où elle avait été amenée par M. Charcot, qu'elle était venue consulter la veille à sa consultation de la ville. Néanmoins, M. Dutil, alors interne de la clinique des maladies nerveuses, fut prendre son observation qu'il a bien voulu nous communiquer. La voici telle qu'il l'a remise entre nos mains.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, Louise M..., exerçant la profession de couturière. Elle est enfant naturelle, née de père inconnu. Elle vivait chez son oncle maternel qui l'avait recueillie et élevée. On nie tout antécédent héréditaire du côté maternel, le seul connu.

Elle-même a toujours été nerveuse et impressionnable à l'excès. Elle est devenue hystérique à l'âge de 13 ans, il y a par conséquent trois ans (1) ; c'est au moment de l'établissement des règles et sous l'influence d'une émotion qu'elle eut sa première attaque d'hystérie.

Elle était rentrée un peu tard de son atelier. Son oncle, qu'elle craignait beaucoup, lui fit des reproches, la gronda ; et, séance tenante, elle se mit à étouffer, elle sentit une boule lui monter du ventre à la gorge, elle entendait des bruits de cloche, ses tempes battaient et elle tomba sans connaissance. Pendant 1 h. 1/4 elle eut des convulsions, des grands mouvements, interrompus de temps en temps par un arc de cercle typique. Elle revint à elle brusquement sans avoir déliré. Le lendemain, tout était rentré dans l'ordre.

Par la suite elle eut plusieurs attaques semblables, tous les trois ou quatre mois environ, à des intervalles irréguliers.

Elle aimait beaucoup les animaux et avait des chiens et des chats dans l'appartement. Un jour, le 18 janvier 1889, en jouant avec un chat, elle fut mordue par lui à la main gauche. La main gonfla, devint rouge et resta très douloureuse pendant trois ou quatre jours. Dès le lendemain de l'accident et pendant les quinze jours qui suivirent la malade eut une série d'attaques convulsives, précédées d'une aura classique, avec grands mouvements, arc de cercle, etc., mais sans délire accompagnant l'attaque. Le seizième jour elle fut prise, dans la rue, en revenant de l'établissement hydrothérapique qu'elle fréquentait, d'une attaque convulsive ; une personne la releva, la conduisit à quelques pas de l'endroit où elle était tombée et la fit entrer chez elle en attendant que la crise fût complètement terminée.

C'est alors que pour la première fois elle fut prise de délire galéanthropique. Elle se mit donc, au grand étonnement du passant qui l'avait secourue, à courir à quatre pattes, à sauter sur les chaises, à miauler, etc.

A partir de ce jour elle eut deux espèces d'attaques : 1° Des *attaques vulgaires* suivies ou accompagnées d'une *phase délirante* dans laquelle elle imitait le chat. 2° Des *attaques de délire*, non précédées de convulsions, constituées uniquement par la phase de délire galéanthropique qui terminait les grandes attaques.

(1) Cette observation date de juillet 1889.

Elle fut admise à la Salpêtrière le 2 juillet. Le 3 au matin, dans le cabinet d'ophtalmologie, elle eut une attaque de délire primitif dont voici la description :

Délire ; galéanthropie hystérique. — La malade était debout ; tout à coup, sans prodrome d'aucune sorte, sans aura, sa physionomie change. Son regard devient fixe, presque aussitôt les yeux se convulsent en strabisme convergent et brusquement elle tombe à quatre pattes ; elle court sur ses genoux et ses mains posées à plat sur le sol, la tête un peu redressée en extension ; le visage a sa coloration normale ; les traits sont parfois un peu grimaçants, le regard maintenant est mobile, en accord avec les mouvements de la tête et les déplacements de la malade ; le strabisme a cessé. Elle va, vient, passe avec agilité sous la table, entre les chaises, entre les jambes des assistants et pousse de temps en temps un léger miaulement ou le pfft ! pfft ! des chats en colère. Parfois elle s'arrête, dispose ses doigts en griffes et gratte le pied de la table, puis le sol, puis le bas de la porte. On lui jette une boule de papier et aussitôt, avec des mines de chatte, elle la pousse, la roule et la fait sauter. Deux ou trois minutes après, sa respiration devient un peu bruyante ; elle émet d'une voix un peu rauque quelques cris inarticulés ; alors elle cherche à mordre la jambe de M. Charcot, court de nouveau, passant sous la table, renversant une chaise, puis elle semble flairer les jambes des gens. Son oncle dit que c'est ainsi que la crise finit en général, et en effet, brusquement, la voilà qui reprend connaissance ; elle se relève, l'air étonné, ne sachant ce qui vient de lui arriver. L'attaque avait duré cinq ou six minutes environ.

La crise de la Salpêtrière avait été précédé par une crise en tout semblable à celle qui avait eu lieu la veille, dans le cabinet de M. Charcot. Après l'attaque, rien de particulier à noter.

Ce même jour, 3 juillet, la malade quitta la Salpêtrière par *évasion* et retourna chez ses parents où je l'ai revue quinze jours après. Elle n'avait pas eu de nouvelles crises d'aucune sorte.

Stigmates. — Pas de rétrécissement du champ visuel ; pas d'anesthésies ; ovaire gauche un peu sensible ; rien autre.

Vers la fin d'août, la malade fut amenée une après-midi à la Salpêtrière par son oncle. Celui-ci me raconta que quelques jours auparavant elle avait été frappée à l'état de veille par la physionomie d'un aveugle dont les paupières battaient et qui roulait ses yeux dans les orbites. Le lendemain une attaque se produisit, suivie d'une phase de délire pendant laquelle la malade imitait son aveugle. Le délire galéanthropique ne s'était pas reproduit.

Chez cette jeune fille nous voyons les accès se produire sous deux formes bien distinctes. Tout d'abord l'élément convulsif de l'attaque, s'il ne prédomine pas d'une façon absolue, existe cependant. Puis, un beau jour, le délire zôanthropique seul éclate par crises en apparence indépendantes de l'attaque d'hystérie, mais qui doivent cependant en être considérées comme la reproduction. Nous retrouvons dans ce délire, au suprême degré, cette sorte de concentration du sujet, mise en relief par M. Mesnet, que nous avions déjà signalée dans les cas plus haut cités. Cette fille, transformée en chatte, se promenait à quatre pattes, ne voyait les jambes des personnes qui étaient là que pour les mordre, s'occupait d'une boulette de papier qu'on jetait devant elle pour jouer avec, comme un chat qu'elle était, tandis qu'à l'état de veille elle n'y aurait même pas fait attention. Tout ce qui pouvait s'adresser à la femme et non à la chatte la laissait indifférente. Elle sortait de cette crise ayant perdu tout souvenir et ne se doutant pas du bizarre spectacle qu'elle avait donné. (*A suivre*).

POLICLINIQUE DE PARIS. — M. le Dr LEGRAIN, médecin en chef de l'Asile de Vaucluse, vient d'être nommé chef du service des maladies mentales à la Policlinique de Paris. Il commencera en Juin une série de conférences cliniques sur sa spécialité. On s'inscrit 28, rue Mazarine. — M. Albin ROUSSELET commencera son cours *d'histoire hospitalière* le samedi 16 mai, à 4 heures du soir et le continuera les lundis suivants à la même heure.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Chirurgie en province.

Notre excellent ami, M. le Dr Rollet (de Lyon), termine ainsi un article sur la deuxième session du Congrès français de Chirurgie, dans le *Lyon médical* (1).

« En terminant, dit-il, nous sera-t-il permis d'exprimer un vœu. Jusqu'à ce jour, le Congrès de Chirurgie s'est tenu à Paris, et c'est ce qui justifie ce que vient d'écrire un de nos amis, à l'occasion de sa clôture : « La session est close et les chirurgiens français ont regagné leurs provinces. » Ne serait-il pas juste que la province n'eût pas toujours à subir ces déplacements, et qu'elle ait à son tour l'honneur d'être le siège du Congrès ? Ce ne serait pas contrevenir aux dispositions du règlement, car, d'après les statuts, à chaque session l'Assemblée peut modifier la date et le lieu de la session suivante. Les chirurgiens de Paris ne seraient certainement pas hostiles à cette innovation, car ils n'ignorent pas que sur 64 membres fondateurs, 40 appartiennent à la province ou à l'étranger. Du reste, ils ont déjà fait l'honneur à deux chirurgiens de province, MM. Ollier et Demons, de les choisir pour présidents. Si ce vœu était agréé, Lyon se mettrait sur les rangs, et, sachant la haute estime dont jouissent nos maîtres près de leurs collègues, nous pourrions dire : « A bientôt la session lyonnaise du Congrès de chirurgie. »

Nous ne savons si M. Rollet est, dans ce journal, le porte-paroles de la Faculté de Lyon. Mais, s'il en est ainsi, si Lyon tient réellement à être le siège d'une des futures séances du Congrès, nous sommes tout prêt à venir à la rescousse et à soutenir sans arrière-pensée cette proposition.

Nous le pouvons d'autant mieux que nous écrivions, il y a 18 mois déjà, ici même (2) :

« On a voté d'abord le lieu du siège prochain Congrès ; et à l'unanimité des membres... présents, on a choisi Paris. Paris, toujours Paris ! Il semble qu'un Congrès, surtout de chirurgiens, ne puisse réussir en France qu'à Paris. Cela doit être, certainement, extrêmement exact, puisque personne n'a plaidé pour la province. Mais nous restons convaincu — seul d'ailleurs avec notre conviction — que le Congrès ferait bien, de temps en temps au moins, de faire un petit tour en province. »

Ainsi, on le voit, il y a longtemps que nous avons demandé qu'on n'oublie pas la Province. Or, en 1889, personne n'avait élevé la voix pour la défendre. En 1891 au contraire, un chirurgien autorisé, parlant sans doute au nom d'une certaine collectivité, attire l'attention sur Lyon. Nous signalons avec empressement son appel. Que tous ceux qui iraient passer volontiers 8 jours dans cette ville se groupent et soutiennent, à la réunion générale de l'année prochaine, la candidature de Lyon, la seule Université qui ait d'ailleurs quelques chances de l'emporter sur Paris.

Malheureusement un échec — et un échec complet — est à redouter. Comme nous n'avons rien à dissimuler ici, nous croyons devoir le dire de suite : les chirurgiens parisiens ne se déplaceront qu'à leur corps défendant ; la majorité des membres du Bureau soutiendra constamment Paris (ce qui se comprend facilement). — En outre, la plupart des votants continueront à voter pour la capitale. Nous avons, en effet, au cours de la dernière session, soumis cette question à un grand nombre de nos jeunes collègues de province. Peu d'entre eux se rendraient avec plaisir à Lyon. *C'est là un argument capital.* Pour eux, leur choix est fait et les raisons qu'ils donnent sont tellement faciles à saisir et... tellement convaincantes, qu'il est inutile d'essayer de les faire revenir sur une décision pareillement... motivée.

Ce n'est pas à dire pour cela que M. Rollet doive abandonner dès aujourd'hui la campagne qu'il commence avec courage. Nous le répétons : nous ne perdrons jamais l'occasion de montrer qu'il n'y a en somme aucune raison, bien sérieuse, capable d'empêcher de réussir un Congrès de Chirurgie à Lyon (1). Et, si M. Rollet nous aide à le prouver, il aura au moins bien mérité de l'Université lyonnaise. Marcel B.

(1) 19 avril 1891, p. 556.
(2) *Progrès médical*, 19 août 1889, 2e sem., p. 336.

(1) Qui sait? Les Allemands viendraient peut-être à Lyon, alors qu'ils ne mettront jamais les pieds à Paris! M. Ollier a été à Berlin : il est membre honoraire de grandes sociétés savantes en Allemagne, le Congrès des Chirurgiens entre autres.

L'Enseignement collectif à l'Hôpital St-Louis.

M. le Dr Quinquaud vient d'inaugurer à l'Hôpital St-Louis un système d'enseignement qui, en ce moment, où souffle un vent de réformes, peut être gros de conséquences. Cette année, ainsi que nous le montrions dans un précédent numéro, les cours dus à l'initiative privée sont plus nombreux que jamais et il n'est aucun jour de la semaine où l'étudiant ne puisse trouver dans les hôpitaux le véritable enseignement clinique *officieux*, sans parler ici de l'enseignement *officiel*. Nous ne saurions donc trop nous féliciter de voir ainsi se développer cet enseignement donné par le corps médical des hôpitaux : il y avait là des forces vives que laissaient inutilisées la routine ou la force d'inertie, et c'est la vraie façon de conserver à Paris les étrangers qui semblaient en désapprendre le chemin.

Mais, à côté du savant concours des médecins des hôpitaux, n'y avait-il pas place pour d'autres bonnes volontés ? C'est ce que s'est demandé M. Quinquaud qui vient de résoudre le problème par l'affirmative et a ainsi créé ce que l'on peut appeler l'enseignement collectif. Il a groupé autour de lui quelques-uns de ses anciens élèves et il leur a distribué la besogne, les chargeant d'initier dans son service les étudiants et les praticiens aux connaissances des affections cutanées et syphilitiques. Il a désiré créer, comme il le disait fort bien lundi dernier à sa leçon d'ouverture, un enseignement tenant à la fois de l'enseignement supérieur et de l'enseignement élémentaire, et il a bien voulu faire à ses élèves l'honneur de se les associer. Chacun d'eux aura son rôle bien défini à remplir dans cette analyse et contribuera pour sa part au succès de l'œuvre commune dont le maître représente, si j'ose dire, la savante synthèse.

N'aurait-il pas pu à lui seul assumer cette lourde tâche d'un enseignement complet, ainsi qu'il l'a rêvé? Oui, sans discussion aucune, et tout le monde sera de cet avis, car pour tous ceux qui connaissent M. Quinquaud, c'est le parfait modèle de l'esprit encyclopédique ; mais encore faut-il compter avec les forces humaines, et le but de M. Quinquaud est de faire connaître, dans le court espace de deux mois, les notions principales de la dermatologie et de la syphiligraphie, tout ce qu'il est défendu à un médecin d'ignorer, tout ce qu'un esprit éclairé doit savoir aujourd'hui. Il a donc réparti les rôles entre tous ses collaborateurs et voici que déjà fonctionne cet enseignement complet. M. Quinquaud

s'est adjoint un de ses collègues les plus distingués, un des maîtres les plus autorisés de la dermatologie française, M. le Dr Brocq, et ils font, à eux deux, trois leçons par semaine. Voici d'ailleurs la façon dont M. Quinquaud a compris son enseignement.

Les lundis, à 5 heures, leçon de M. Quinquaud; les mercredis et vendredis à la même heure, leçon de M. Brocq; ces leçons seront consacrées à la symptomatologie et au traitement des affections de la peau.

En outre, chaque matin à 10 h. 1/2, leçons complémentaires réparties de la façon suivante :

Le lundi cours de pathologie comparée des affections de la peau, étude de l'évolution des êtres animés qui vivent à la surface de la peau, par M. le Dr Mégnin. Le mercredi, leçons de pharmacologie appliquée aux affections cutanées, par M. Portes, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. Le jeudi, leçons de physiologie pathologique, par M. le Dr Butte. Le vendredi, leçons de bactériologie appliquée aux affections de la peau, par M. Veillon, interne de service. Le samedi, leçons d'histologie pathologique, par M. le Dr Nicolle. Le dimanche, leçons d'ophtalmologie et de laryngologie dans leurs rapports avec les affections cutanées et syphilitiques, par M. Morax et M. le Dr Cuvillier. Deux fois par semaine, leçons de clinique dermato-syphiligraphique par MM. les Drs Jacquet et Paul Raymond.

Tel est, dans ses grandes lignes, l'enseignement que vient d'instituer M. Quinquaud, projet mûri depuis longtemps et qui se présente un peu, il est juste de le reconnaître, sous le patronage de deux maîtres éminents de Saint-Louis, MM. E. Vidal et E. Besnier. Comme nous le disions en commençant, il nous paraît gros de conséquences, car ce qui vient d'être fait pour la dermatologie le sera certainement pour l'ophtalmologie, pour l'otologie, pour la laryngologie, pour l'obstétrique et la gynécologie, pour les maladies des enfants, etc , etc. On ne voit pas pourquoi les maîtres de nos hôpitaux ne chargeraient pas leurs élèves de les aider dans la tâche de leur enseignement; tout le monde y gagnerait et on organiserait ainsi un enseignement des plus profitables. Dans certaines policliniques allemandes, cet enseignement existe d'ailleurs : lors de ces *ferien curse* qui durent environ six semaines, les élèves du maître se partagent la besogne et font ainsi un cours aussi complet que possible en même temps qu'ils mettent au courant des récentes découvertes, les praticiens auxquels les exigences de la vie ne permettent pas toujours de suivre les progrès de la science. Les résultats ainsi obtenus sont excellents.

Nos bien vives félicitations en terminant à M. Quinquaud, qui, non content d'être dans les premiers parmi ceux qui font progresser la science française se donne tant de peine depuis plusieurs années, déjà pour la répandre au dehors et la faire apprécier.

Clinique Dermatologique (*Hôpital Saint-Louis*). M. le Dr Quinquaud.

Comme on l'a vu plus haut, M. Quinquaud a organisé à l'hôpital Saint-Louis un nouveau genre d'enseignement qui, nous n'en doutons pas, portera ses fruits. Il désire faire en deux mois un cours complet de dermatologie : il s'est réservé pour sa part l'étude des symptômes et du traitement des affections cutanées. Il a commencé son cours par l'étude des éléments éruptifs. Quand on examine, en effet, une affection de la peau, il faut avant tout considérer la lésion élémentaire primitive. Celle-ci a joué, depuis Willan un rôle capital, parfois même trop considérable, mais elle n'en constitue pas moins un excellent élément de séméiotique. Cette lésion élémentaire a une phase de début, une phase d'état et une phase terminale : des lésions secondaires peuvent alors venir compliquer la lésion élémentaire primitive, d'où parfois une certaine difficulté d'appréciation pour reconnaître l'affection initiale, d'où surtout encore la nécessité de s'appliquer à reconnaître cette lésion primitive. Ces lésions élémentaires primitives ne sont d'ailleurs pas très nombreuses et, lorsqu'on les connaît, il devient facile en se servant de leurs caractères de remonter à l'affection générique. Si l'on n'examine pas avec soin, avec méthode, toutes ces lésions, il est impossible de se reconnaître en dermatologie. M. Quinquaud passe alors en revue les modalités des éléments: macule, vésicule, bulle, papule, etc., en donnant de chacun les caractères histologiques et en indiquant les principaux types cliniques qu'ils constituent. Ces leçons élémentaires seront faites alternativement par M. Quinquaud et par M. Brocq qui passera en revue les types principaux de la dermatologie, ceux auxquels on se heurte à tout instant dans la pratique courante. Les étudiants ne sauraient trop suivre ces savantes leçons.

Clinique Syphiligraphique (*Hôpital Saint-Louis*). M. le Dr Du Castel.

M. Du Castel a repris mercredi soir, à l'hôpital Saint-Louis, la série de ses conférences qui avaient obtenu les années précédentes, au Midi, un si réel et si légitime succès. Ce qui caractérise l'enseignement de M. Du Castel, c'est son côté essentiellement pratique. M. Du Castel montre qu'il possède à fond son sujet et qu'il est servi par une vaste érudition, mais il a le talent de savoir n'insister que sur le côté pratique des choses et de mettre en relief les caractères véritablement importants des lésions qu'il décrit. Il consacrera ses conférences de cette année à la syphiligraphie. Après avoir donné une vue d'ensemble du tableau qui va se dérouler chez l'individu atteint de syphilis, M. Du Castel, reprenant les symptômes des différentes manifestations de la maladie, a commencé par l'étude du chancre. Il a montré comment on s'exposait à contracter ce dernier, comment autrefois les plaques muqueuses étaient considérées à tort comme non dangereuses, comment Langlebert a montré qu'elles pouvaient, elles aussi, être la cause de l'infection et comment les accidents tertiaires seront peut-être, pour nos successeurs, ce qu'ont été les papules érosives pour nos prédécesseurs, c'est-à-dire considérées, avec raison, comme pouvant, dans une certaine mesure, propager l'infection syphilitique. Il a rappelé ensuite les tentatives qui avaient été faites pour découvrir le micro-organisme de la syphilis, celles qui avaient eu pour but l'inoculation de la syphilis aux animaux, etc. Après avoir parlé des chancres extra-génitaux et des modes nombreux de contamination, il a insisté sur les caractères du chancre, et en quelques phrases imagées qui sont une des particularités attrayantes de cet enseignement, il en a retracé le tableau; puis il est arrivé au diagnostic. Signalons une de ces phrases qui frappent et qu'on retient lorsque, comme dans le cas particulier, le diagnostic est embarrassant : « Le chancre syphilitique saigne facilement, le chancre mou suppure, l'herpès pleure une sérosité abondante. »

Clinique gynécologique (*Hôpital Lourcine*).
M. le Dr Pozzi.

Lundi dernier, dans l'amphithéâtre de gynécologie de l'hôpital Lourcine, M. Pozzi a fait sa première leçon de l'année. Une cinquantaine d'étudiants des deux sexes et quelques amis y assistaient ; ils n'ont pas ménagé leurs applaudissements au brillant agrégé de la Faculté.

M. Pozzi leur a conté l'histoire fort intéressante d'une malade atteinte d'hypertrophie sus-vaginale du col, compliquée de prolapsus utérin. Et, à ce propos, le savant gynécologiste, à qui l'on doit le beau traité que nous avons, on s'en souvient, analysé ici sans ménager les éloges, — qu'il mérite bien d'ailleurs, — a montré qu'en somme le meilleur procédé de cure radicale dans ces cas, pour une femme de la classe ouvrière, obligée de travailler pour vivre, était certainement l'ablation totale de l'utérus. Auparavant il avait discuté ce qu'aurait pu donner l'amputation du col combinée à des opérations plastiques sur le vagin ou à l'hystéropexie elle-même. Il a montré que cette dernière opération, dont les résultats sont si brillants dans les rétrodéviations, donnait lieu à quelques échecs quand il s'agissait de prolapsus ; aussi préfère-t-il avoir d'emblée recours à l'hystérectomie vaginale, comme l'ont fait d'ailleurs bien d'autres chirurgiens. Peut-être cette thérapeutique très radicale aurait-elle dû n'être tentée qu'après des tentatives plus simples. Mais, franchement, les dangers de cette opération sont aujourd'hui si restreints que nous comprenons fort bien qu'on s'adresse ainsi d'emblée à l'*ultima ratio*. Tout cela est affaire de malade plutôt que de maladie, de tempérament et d'expérience personnelle plutôt que d'autre chose.

Inutile d'ajouter que ces leçons, tout à fait cliniques, semblent fort appréciées des élèves. Il serait superflu d'ailleurs de louer à nouveau la façon d'enseigner de M. Pozzi. Le succès, véritablement extraordinaire, obtenu par son livre est le meilleur garant de la science et de la grande expérience de ce jeune maître. On sent qu'il parle de sujets qu'il connaît à fond.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

M. HEDON. — *Sur la production de la glycosurie et de l'azoturie après l'extirpation totale du pancréas.* — Les conclusions de cette note et de la précédente communication à l'Académie sont les suivantes :

1° Le pancréas a une action très importante, comme glande vasculaire sanguine, sur les échanges nutritifs.

2° A la suite des lésions provoquées ou de l'extirpation de cette glande, il se produit une diminution considérable qui ne doit pas être exclusivement attribuée aux troubles digestifs.

3° La glycosurie et l'azoturie sont les deux symptômes principaux que l'on observe après l'extirpation totale du pancréas. La glycosurie apparaît toujours, et fatalement à la suite de cette opération ; mais elle peut être intermittente et cesser complètement pendant de longues périodes de la maladie ; dans ce cas, l'azoturie devient le symptôme prédominant de l'affection, ainsi que cela se trouve quand on se borne à provoquer la sclérose du pancréas au moyen d'une injection de paraffine dans ses canaux. Par conséquent, la forme diabète insipide peut alterner avec la forme diabète sucré lorsque la maladie a une marche lente.

4° Pendant la période où la glycosurie fait défaut, le sucre absorbé avec les aliments est utilisé en grande partie. Pour ce motif, il y a lieu de rechercher s'il se peut que le pancréas soit à la longue suppléé par d'autres organes.

MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

M. RETTERER a examiné le développement de la *partie inférieure du vagin* chez les différents Mammifères, et il a constaté que le point de départ était le même partout : c'est le cloisonnement transversal du sinus uro-génital. Ce cloisonnement débute par en haut, à l'embouchure des canaux de Muller, dans le sinus uro-génital ; mais il peut ne pas descendre jusqu'au bas, et, quand il s'arrête, le sinus génital est respecté en partie et il existe un vestibule plus ou moins profond ; c'est ce qui est très net chez la jument. Chez la femme, le vestibule est rudimentaire. Chez le cobaye, la cloison descend très bas ; il n'y a pas de vestibule.

M. BROWN-SÉQUARD adresse des remarques à propos du *liquide testiculaire* ; se plaignant des charlatans qui l'exploitent dans les journaux littéraires et exécutant l'un d'eux, qui a la prétention de guérir la tuberculose par ce procédé.

M. D'ARSONVAL a tenté de *transformer le chlorure de baryum en carbonate de baryte* en employant l'acide carbonique liquéfié ou sous très forte pression. Il a réussi à déplacer le chlore par ce moyen et la plupart des acides minéraux dans d'autres combinaisons. Ce sont des phénomènes à peu près inconnus de la chimie courante et qui permettent de s'expliquer certaines formations géologiques où des hautes pressions sont intervenues.

M. PILLIET a examiné la structure de l'*estomac des Edentés*, et il a constaté que ceux de ces animaux qui se nourrissent de feuilles, comme le Pangolin, peuvent présenter des formes de transition entre l'estomac simple de l'homme et des carnassiers et l'estomac à poches multiples des Ruminants herbivores.

M. D'ARSONVAL a essayé l'effet du rayon lumineux interrompu comme *excitant du muscle*. A 500 interruptions par seconde, on constate au microphone que le muscle résonne pendant toute la durée de l'excitation lumineuse.

M. FÉRÉ. — Les expériences de Bochefontaine et d'Albert Denys ont montré qu'il se produit de la *salivation* dans l'excitation de certains points de l'écorce cérébrale, mais on ne sait si cette salivation n'est pas due aux mouvements musculaires consécutifs à l'excitation. Chez un paralytique général à attaques épileptiformes que j'ai observé, les attaques ont toujours été précédées par de la salivation, qui ne peut être attribuée aux phénomènes musculaires et qui paraît bien sous la dépendance de l'influence cérébrale.

M. MÉGNIN communique ses recherches sur l'embryogénie des *Echinorrhinques*, vers parasites assez répandus surtout chez les Poissons et les Mammifères et qu'il a pu étudier chez la Loutre.

M. KAUFFMANN dépose une note de M. MANDOT sur le diagnostic précoce de la *tuberculose bovine* par l'examen des milieux de l'œil. Sur tous les animaux tuberculeux, quelle que soit la localisation de la tuberculose, on trouverait des bacilles dans l'humeur aqueuse, par la coloration des lamelles.

M. R. BLANCHARD. — *Sur les parasites des petits Crustacés d'eau douce.* Chez l'un de ces animaux, le Candina Kostrata, il a rencontré fréquemment un Cysticercoïde qui paraît être la larve d'un Tænia d'oiseau, le Tænia gracilis ou le Tænia obvelata, plus probablement le premier.

A. PILLIET.

HÔPITAUX DE TOULOUSE. — *Concours de l'Internat.* — Sont nommés internes des hôpitaux de Toulouse : MM. Molinier, Régasse et Boisserie. Questions posées : écrit : *Lobule du foie ; sécrétion biliaire.* — Oral : *S. et d. de la méningite tuberculeuse ; orchite.*

*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Magitot lit un rapport sur un travail de M. Hallopeau sur les accidents du *cocaïnisme chronique*, et en refaisant l'historique de l'emploi de la cocaïne, déclare ne pas partager les craintes que cette substance a provoquées à un moment donné. Il trace ensuite les règles d'administration de la cocaïne : La dose ne doit pas dépasser 8 à 10 centigrammes ; on ne doit l'employer ni chez les cardiaques, ni chez les névropathes ou les malades atteints d'affections des voies respiratoires ; l'injection doit être faite le sujet étant couché ; son introduction doit être fractionnée et donnée d'une façon progressive et méthodique.

M. Constantin Paul s'assoeie aux conclusions de M. Magitot, mais fait remarquer que la cocaïne est beaucoup moins dangereuse quand elle est administrée à l'intérieur que sous forme d'injection. On peut donner deux cuillerées par jour de solution à 1 % sans inconvénient.

M. Laborde ajoute que les expériences sur les animaux confirment ce que vient de dire M. Constantin Paul. Il ne faut pas cependant ne pas dépasser la dose qu'il a indiquée.

M. Constantin Paul lit un rapport sur un travail de M. Magnant (de Gondrecourt) sur l'*air chaud dans les poumons*. Ordinairement, l'air inspiré qui est à une température inférieure à celle de l'organisme s'échauffe en traversant les bronches et ressort à une température plus élevée. En faisant inspirer de l'air à une température supérieure au contraire à celle de l'organisme (64° à 81°), on constate qu'il sort moins chaud qu'à l'entrée, mais cependant à une température supérieure à celle de l'air expiré normalement. Le rapporteur ne pense pas qu'on puisse espérer beaucoup de cette méthode pour le traitement de la phtisie, les phtisiques ne pouvant jamais supporter un air chaud et sec.

M. Lefour (de Bordeaux) lit un travail sur l'*influence des nœuds du cordon sur la circulation fœtale*, d'où il résulte que ces nœuds peuvent amener la mort du fœtus, surtout s'il y a en outre une compression exercée sur lui. La mort peut alors se produire : 1° par obstacle mécanique à la circulation funiculaire ; 2° par thrombose consécutive à une altération vasculaire. On ne peut donc admettre avec Cazeaux que ces nœuds n'ont pas d'influence sur la vie du fœtus et la connaissance de ces faits peut avoir son importance en médecine légale.

Élection *de deux correspondants nationaux.*

Première élection. Sur 62 votants, obtiennent : M. Farge (d'Angers), 46 voix (élu) ; M. Liétard (de Plombières), 8 ; M. Spillmann (de Nancy), 5 ; M. Costa (d'Ajaccio), 2 ; 1 bulletin blanc.

Deuxième élection. Sur 60 votants, obtiennent : M. Duché (d'Ouanne), 28 voix ; M. Liétard, 14 ; M. Spillmann, 14 ; M. Costa, 2 ; M. Pilat (de Lille), 1 ; 1 bulletin blanc. — Au 2e tour, sur 57 votants, obtiennent : M. Duché, 38 voix (élu) ; M. Spillmann, 11 ; M. Liétard, 8.

M. le Dr P. Budin présente un *siphon vide-bouteille.* — Différents appareils ont été imaginés pour permettre de faire sortir l'eau d'une bouteille, tout en la maintenant bouchée. On a, par exemple, mis deux tubes dans un bouchon en caoutchouc : un court, pour laisser passer l'eau ; l'autre long, destiné à porter l'air qui fera pression au-dessus du liquide contenu dans le flacon renversé. Voici ce que nous avons pensé : 1° Le tube qui doit laisser passer l'air plus fluide n'a pas besoin d'être aussi gros que celui destiné à l'écoulement de l'eau ; 2° Si le tube à air a un calibre plus petit et si, au lieu d'être long, il est court, quand on renversera la bouteille, l'eau tendra à le traverser, mais elle rencontrera plus d'obstacles que pour franchir le gros tube. L'eau s'écoulera donc facilement par le gros tube et, en sortant, elle fera le vide dans la bouteille. L'eau qui a commencé à pénétrer dans le petit tube est aspirée avant d'avoir pu sortir ; elle est entraînée de dehors en dedans et de bas en haut : l'air envahit la bouteille dans le même sens et s'élève au-dessus du liquide. Le siphon est amorcé et l'eau coule abondamment. Nous avons fait réaliser différents instruments en nous fondant sur ces principes. (*Fig.* 27).

Si le tube à air est très petit, l'écoulement n'est pas considérable et peut n'être pas suffisant. Si ses dimensions sont au contraire trop grandes, l'eau le franchira vite et il en sortira quelques gouttes avant que le siphon soit amorcé. On peut cependant lui donner un diamètre assez notable si on oppose, par un procédé quelconque, une résistance nouvelle à la sortie de l'air. On y parvient, par exemple, en donnant de la longueur au petit tube. Pour cela, on le fait dépasser un peu le gros tube à l'intérieur de la bouteille et, à l'extérieur du bouchon, on lui imprime une courbure faisant une anse notable. L'air pouvant entrer en plus grande quantité, l'eau sortira plus vite. Dans l'appareil que nous présentons, le gros tube a un calibre extérieur de neuf millimètres ; celui du petit tube de 2 millimètres 7. Le bouchon en caoutchouc porte le numéro 3, 4 ou 5. La longueur totale de l'instrument est de 10 centimètres. Si on fixe sur le conduit à eau un tube de caoutchouc ayant une longueur d'un mètre, un litre est vidé en vingt secondes, ce qui donne un débit de 3 litres par minute. L'appareil est simple, peu volumineux, et par conséquent très transportable, peu coûteux, nullement fragile et facile à tenir propre. Comme on trouve partout un litre, une bouteille ou une carafe, il est facile d'obtenir instantanément un laveur ou un injecteur avec ce *siphon vide-bouteille*. Il pourra, pensons-nous, rendre service aux sages-femmes et aux médecins. P. Sollier.

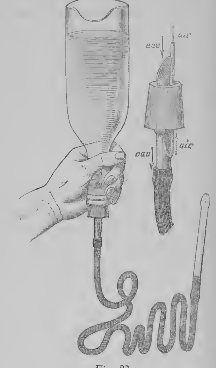


Fig. 27.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 1er mai 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

La Société se forme, dès l'ouverture de la séance, en comité secret.

Séance du 8 mai 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Chantemesse. — M. Dumontpallier demandait dans la dernière séance si, contrairement à l'opinion courante, la salive de l'homme rabique peut donner la rage. Les expériences ne laissent aucun doute sur ce point. Déjà, en 1821, Magendie rapportait qu'ayant avec Breschet inoculé sous la peau du crâne d'un chien la salive d'un homme enragé, vit ce chien prendre la rage au bout d'un mois et la communiquer à deux autres au bout de 40 jours. De nouveaux chiens mordus par ces derniers restèrent indemnes. Ce qui prouve que tous les individus mordus par des chiens enragés ne deviennent pas rabiques. Pour le développement de la rage comme pour celui des maladies infectieuses, il intervient des questions de dose de virus, de degré de pénétration, de résistance individuelle encore mal connues. C'est pour cela que sur 100 personnes mordues et qui ne bénéficient pas du traitement pastorien, la mortalité varie entre 60 et 16. L'expérience de Magendie a été répétée avec le même succès par MM. Pasteur et Roux. Ce dernier a aussi obtenu des résultats positifs en inoculant le pancréas, la parotide ou la glande lacrymale d'hommes enragés. M. Bardach, d'Odessa, a montré aussi que le pancréas et la parotide des rabiques renferment le virus.

M. Rendu. — Je crois que dans l'esprit de M. Dumontpallier il s'agissait non pas de transmission de la rage de l'homme à l'animal, mais de l'homme à l'homme par morsure. Je ne connais pas jusqu'à présent d'exemple de ce mode de transmission.

M. Chantemesse. — Il est vrai qu'il n'existe pas d'exemple

de ce fait, mais étant donné que la salive humaine contient le virus, la possibilité de la transmission de la rage de l'homme à l'homme doit être considérée comme possible. Si on n'en a pas observé de cas, cela tient sans doute à ce que les conditions favorables à la transmission (quantité du virus, acuité des dents) ont jusqu'ici fait défaut.

M. Féréol. — Je ne sais si M. Dumontpallier visait plus directement la transmission de l'homme à l'homme, mais il est bien certain que la transmission de l'homme à l'animal n'était pas, en général, admise jusqu'à ces dernières années. Il y a une vingtaine d'années, ayant eu à soignor un homme que je supposais enragé, j'envoyai sa salive à Alfort pour que mon diagnostic fût vérifié expérimentalement. On me répondit que l'inoculation ne prouverait rien; la rage n'étant pas transmissible de l'homme à l'animal.

M. Rendu vient d'observer deux cas d'*angine due à la présence du pneumocoque*. 1° Jeune fille de 24 ans prise, le 12 mars, de frissons erratiques, de céphalalgie, de courbature avec élévation de température et fréquence du pouls, la seule lésion constatable siège à la gorge: voile du palais rouge, vernissé, piliers injectés, non œdémateux, amygdales peu volumineuses, rouges, comme dépolies sans exsudats. Déglutition moyennement douloureuse, ganglions sous-maxillaires non tuméfiés, angine érythémateuse dont les phénomènes locaux ne paraissent pas en rapport avec les phénomènes généraux, ce qui faisait soupçonner qu'il s'agissait là de maladie infectieuse à manifestations angineuses. On songea au pneumocoque, parce que cette malade, infirmière, couchait dans un dortoir où depuis huit jours trois des autres filles de service avaient été prises de pneumonie. Une petite quantité de salive de la malade fut injectée à une souris qui mourut 18 heures après. M. Boulloche, interne de M. Rendu, trouva le sang et les différents viscères de l'animal farcis de pneumocoques. Les jours suivants les cultures sur agar confirmaient le diagnostic. Au point de vue clinique, la marche de l'angine fut bénigne, la fièvre tomba brusquement comme dans la pneumonie. Quelques jours après, cas identique chez la malade couchée 2 lits plus loin, l'angine fut un peu plus accentuée, mais l'évolution fut la même; mais dans ce cas il n'a pas été fait de cultures de salive et d'inoculations; comme la présence du pneumocoque dans la salive est fréquente, on peut objecter que sa constatation dans un cas d'angine n'est pas pathognomonique, mais les cultures qu'on fait avec la salive normale contenant des pneumocoques sont loin d'être aussi virulentes que celles faites avec la salive des pneumoniques. Or, l'inoculation faite à la souris avec la salive de la malade a déterminé une septicémie aussi rapide que celle de la pneumonie la plus légitime. On peut donc considérer cette angine comme le résultat de l'infection pneumococcique. Ces faits sont intéressants et nous montrent que le groupe des angines érythémateuses est à remanier. On peut poser aujourd'hui en principe que toutes les angines aiguës sont d'origine microbienne, et rechercher si cliniquement la détermination du microorganisme peut être soupçonnée ou affirmée d'après les allures de la maladie.

M. Netter. — Les observations de M. Rendu touchent à une question encore peu étudiée. On connaît cependant quatre formes de localisations pharyngées du pneunocoque: suppurée, pseudo-membraneuse, folliculaire simple ou herpétique. La première a été bien étudiée par M. Cornil, la seconde par M. Jaccoud dans une leçon clinique de 1891. Gabbi a constaté le pneumocoque dans une amygdalite folliculaire. M. Rendu nous cite 2 cas d'angine simple. J'ajoute comme lui une très grande importance dans ces deux cas à l'élément étiologique.

M. Chantemesse. — On peut penser d'après les recherches de M. Netter qu'après la défervescence de la pneumonie, la virulence du pneumocoque de la salive diminue. J'ai observé un fait de pneumonie grave compliquée de delirium tremens, terminée par une défervescence complète; 2 jours après arthrites suppurées à pneumocoque et méningite suppurée de même nature qui ont emporté le malado. A l'*autopsie* : méningite fibrino-purulente, collection de liquide trouble dans les ventricules cérébraux, articulations malades remplies de liquide citrin mélangé de flocons fibrineux, plus trace de l'hépatisation pulmonaire antérieure. Le liquide des jointures et du cerveau renfermait le pneumocoque pur mais d'une virulence variable, celui du coude qui datait de huit jours ne tuant plus la souris; celui du genou ne la tuant que lentement; tandis que celui des ventricules cérébraux provoquait la mort de l'animal en 48 heures. Il y a donc eu atténuation du pneumocoque non d'une manière générale dans tout l'organisme, mais dans chaque nouveau foyer évoluant indépendamment.

M. Chauffard a essayé le *traitement de la colique hépatique par l'huile d'olive*, suivant la méthode de M. Villemain. Ce traitement possède une action curative dans l'intervalle des crises et peut arrêter la crise d'après des observations concluantes. On sait que la valeur de ce traitement s'explique par les expériences de Rosenberg prouvant les vertus cholagogues de l'huile d'olive, dues d'après lui à une action réflexe déterminée par la présence de l'huile dans l'estomac. L'orateur rappelle qu'il a lui-même tenté de donner antérieurement une explication physiologique et expérimentale de l'action de l'huile.

M. Chantemesse a donné une fois à une malade 200 grammes d'huile d'olive; elle a été prise aussitôt d'une crise de colique hépatique épouvantable.

M. Chauffard. — Quelques médecins ont essayé de substituer à l'huile la *lipanine*. Les résultats semblent peu favorables.

M. Labbé. — Avant d'employer l'huile d'olive on se servait d'huile de ricin qui passait pour cholagogue; seulement cette pratique provoquait la crise. Un malade qui rendait de petits calculs, lorsqu'il prenait de l'huile, souffrait d'abord, puis était calmé après l'évacuation. Je me demande si l'action cholagogue de l'huile produit les douleurs.

M. Chauffard. — Rosenberg a démontré expérimentalement l'action cholagogue de l'huile sur des chiens auxquels il avait fait une fistule biliaire.

M. Rendu. — Mais ces expériences ont été controversées par celles de Börig et Heidenhain.

M. Chauffard. — Oui, mais Börig opère sur des chiens curarisés, tandis que ceux de Rosenberg sont à l'état normal. Il y a peut-être dans ces conditions différentes la raison de la différence des résultats.

M. Galliard. — En Allemagne, on a expérimenté le salicylate de soude contre la colique hépatique. Il serait peut-être bon de répéter ces essais.

M. Chauffard. — J'ai expérimenté le salicylate de soude et j'en ai eu de bons résultats, car il s'élimine par le foie. C'est un des meilleurs antiseptiques biliaires. Mais il est encore préférable d'employer le salol. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 *mai* 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Terrillon fait un rapport oral sur une communication de M. Tuffier ayant trait à une *grossesse extra-utérine traitée par la laparotomie*. Il s'agit, en réalité, d'une grossesse *abdominale* siégeant en avant de l'utérus, chez une femme de 34 ans, ayant déjà eu deux enfants. Ce qui détermina M. Tuffier à opérer, ce fut l'existence d'une petite tumeur abdominale accompagnée de douleurs revenant par accès et d'écoulements sanguins par le vagin. On sentait, adhérente à la paroi antérieure, une grosse tumeur, difficile à diagnostiquer quant à sa nature. On reconnut, pour tout diagnostic, que ce n'était pas un fibrome, et fit une incision exploratrice. On trouva, le ventre ouvert, un lithopœdion de trois mois, libre dans la cavité péritonéale, puis une cavité kystique vide, dont une partie était occupée par les restes du placenta. La poche s'était rompue sans déterminer de graves accidents. Guérison sans encombre. Ce cas est intéressant, en raison de la persistance du fœtus, devenu même tout à fait calcifié. On sait en effet, d'après les curieuses recherches de Léopold, que généralement tout fœtus qui tombe dans l'abdomen est résorbé.

M. Broca communique deux observations de *plaies du foie* traitées, l'une par la *suture*, l'autro par le *tamponnement*. Les malades sont morts par suite de l'existence d'autres lésions,

mais ils avaient leurs plaies du foie *cicatrisées*. (Rapporteur, M. Terrier).

M. TUFFIER montre un malade chez lequel il a pratiqué une *résection sous-pleurale du sommet du poumon tuberculeux*. (Rapporteur, M. Terrier).

M. SCHMIDT lit un travail sur les *luxations du pouce en arrière* et cite un cas qui se compliqua de tétanos.

M. KIRMISSON montre un cas de *macrodactylie*.

M. WALTHER présente un malade chez lequel il a fait une *suture du tendon du triceps au bord supérieur de la rotule*. On avait fait le diagnostic de fracture itérative de la rotule. Il n'y avait qu'un arrachement tendineux. Ce malade, qui s'était jadis cassé la rotule, avait un cal osseux complet, aux lieu et place de l'ancien trait de fracture. Marcel BAUDOUIN.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

Séance du mercredi 6 Mai (Fin) (1).

L'Enervation de l'œil au début de la panophtalmie.

M. DIANOUX (Nantes). — L'énervation ou section opticociliaire serait mieux nommée isolement de l'œil. Elle peut être appliquée au début de la panophtalmie. Elle a comme résultat immédiat la disparition de la douleur et l'arrêt du processus suppuratif; comme résultat éloigné la régression graisseuse des infiltrats inflammatoires et la momification de l'œil. J'ai pratiqué quatre fois l'opération dans ces conditions avec des succès qui se maintiennent depuis quelques années. Le dernier cas tout récent, où un procédé opératoire nouveau a été essayé, doit être réservé. Ces faits seront étudiés et commentés dans un travail ultérieur où je me propose de faire ressortir les déductions applicables à la pathologie générale.

La forme de la cornée et son influence sur la vision.

M. SULZER (de Paris). — Suivant que l'œil était astigmate ou non, on attribuait à la cornée la forme d'un ellipsoïde à trois axes inégaux. Mes recherches m'ont montré que dans une centaine de cas aucune de ces formes ne se trouve réalisée. La forme de la cornée représente une surface dissymétrique. Si l'on passe du centre à la périphérie, la courbure diminue irrégulièrement non seulement le long des deux méridiens principaux, mais le long des deux moitiés d'un même méridien. Ces irrégularités, dont le degré n'est pas proportionnel au degré d'astigmatisme, entraînent une déformation des images dioptriques que l'on peut corriger à l'aide de verres cylindriques. Elles sont la cause de l'amblyopie astigmatique. De plus ces irrégularités ont pour effet de produire des différences considérables entre l'astigmatisme des parties périphériques et des parties centrales. On conçoit ainsi que des variations du diamètre pupillaire doivent produire des variations de l'astigmatisme subjectif, suivant l'astigmatisme des parties cornéennes participant à la vision. Des mesures spéciales m'ont conduit à ce résultat que l'ouverture pupillaire n'est pas placée concentriquement par rapport à la ligne visuelle. L'aire cornéenne, mesurée à l'aide de l'ophtalmomètre lorsque l'œil observé fixe le centre de l'objectif, est donc différente de l'aire cornéenne participant à la vision directe. Ce fait permet d'expliquer les écarts presque constants entre les résultats de l'examen ophtalmométrique et de l'examen subjectif sans faire appel au cristallin.

M. MARTIN. — Je ne saurais faire l'abandon de l'influence des contractions astigmatiques; leur importance nous est donnée par la clinique même. A ceux qui me reprochent d'être trop clinicien, je répondrai qu'ils sont trop hommes de laboratoire.

Les prolapsus de l'iris dans l'extraction simple de la cataracte.

M. PARINAUD. — L'extraction simple de la cataracte réalise des avantages qui justifient la faveur dont elle jouit actuellement. Elle a cependant deux inconvénients, celui de rendre la cataracte secondaire plus fréquente et celui d'exposer aux prolapsus de l'iris. Il y a deux espèces de prolapsus, que l'on peut appeler primitif et secondaire. Le prolapsus primitif a sa cause dans les conditions anatomiques de l'œil et en particulier dans la nature de la plaie. Plus la plaie est linéaire, et plus elle est périphérique, plus aussi elle expose aux enclavements. Les sections à lambeau exposent moins aux prolapsus. Le petit lambeau de trois à quatre millimètres de hauteur réalise les meilleures conditions. Lorsqu'après la sortie du cristallin l'iris se réduit mal, que la pupille ne reprend pas sa forme ronde, au lieu de répéter les instillations d'ésérine, il vaut mieux pratiquer l'iridectomie. L'ésérine, en pareille circonstance, est d'un faible secours; elle nous donne une sécurité trompeuse. Le *prolapsus secondaire* peut se produire en dehors de toutes les conditions qui favorisent le prolapsus primitif, et par des influences dont nous ne sommes pas les maîtres. Lorsque avec un commencement de cicatrisation de la plaie la chambre antérieure s'est reformée, si les adhérences encore faibles se rompent sous l'influence d'un effort, d'une contraction des muscles de l'œil, l'iris est projeté dans la plaie par l'issue de l'humeur aqueuse. L'accident a lieu le premier ou le deuxième jour. Il s'annonce généralement par une légère douleur dans l'œil et par l'écoulement d'un peu de liquide sur la joue. Le rétablissement précoce de la chambre antérieure et la contraction de la pupille semblent le favoriser. Comme il est souvent déterminé par un effort du malade, il faut imposer le plus grand repos pendant les trois premiers jours et pratiquer l'iridectomie si le sujet est indocile, obèse, atteint de bronchite chronique. Lorsque la hernie est produite, on peut exciser l'iris si on le constate dans les vingt-quatre premières heures. Plus tard, cela est difficile, l'iris devient friable, échappe à la pince et l'œil se déplace violemment au moindre attouchement. Il faut ajourner l'intervention jusqu'à la cicatrisation complète. La hernie, si elle est limitée, peut d'ailleurs disparaître spontanément. S'il se forme un staphylome, au lieu de l'exciser ou avec le couteau de Græfe ou avec les ciseaux, il vaut mieux le détruire au galvanocautère.

M. DE WECKER. — J'avoue que l'ésérine n'empêche pas les prolapsus, mais on n'observe pas d'inflammation après ces instillations.

M. GRANDCLÉMENT.— Quand je vois que l'iris a une tendance à la hernie, je l'excise, quel que soit le moment auquel elle s'est produite.

M. WICHERKIEWICZ. — La forme de la section du lambeau a certainement une influence sur la hernie; au lieu d'ésérine j'emploie la pilocarpine.

M. GAUPILLAT. — La compression exercée par le lambeau est souvent une cause de hernie : elle doit être uniforme.

M. GALEZOWSKI. — La forme de la plaie est très importante. En combinant l'ancienne méthode de Daviel avec la nouvelle, j'obtiens une plaie semielliptique qui, par son éloignement du bord scléro-cornéen, met à l'abri de la hernie.

M. TERSON. — Après avoir essayé les différents procédés employés par nos maîtres qui ont tous leur défaut, j'avais opté pour l'extraction simple avec lambeau inférieur, mais j'ai dû y renoncer pour revenir au lambeau supérieur; toutefois les statistiques n'ont jamais donné les causes des accidents.

M. TROUSSEAU. — Voulant élucider l'action préventive sur les hernies de l'iris des instillations d'ésérine j'ai fait l'an dernier 90 extractions simples en usant des myotiques et 80 sans m'en servir. Dans la première série j'ai eu 5 hernies de l'iris, 3 dans la seconde ; d'où je conclus que l'ésérine ne prévient pas les hernies de l'iris. Je crois que la façon de placer le premier pansement joue un grand rôle dans la production de ces hernies ; un bandeau trop serré les favorise. Je m'en suis convaincu tout récemment ayant observé plusieurs hernies dans ces conditions.

Sur la prophylaxie de la suppuration après opération de la cataracte.

M. NUEL. — Dans l'immense majorité des cas la suppuration de l'œil après l'opération de la cataracte vient du dehors. Loin de débuter par les lèvres de la plaie cornéenne, les germes pyogènes ont été introduits par l'opérateur ou amenés du voisinage. Dans de telles conditions, un chirurgien est redevable de dommages-intérêts (1). Quand la suppuration vient des parties voisines, il faut rechercher quelles sont les causes

(1) Voir *Progrès médical*, n° 19, p. 387.

(1) Nous attirons spécialement l'attention de tous les chirurgiens sur cette déclaration de M. Nuel; son importance n'échappera à personne. (M. B.).

qui peuvent rendre un œil plus ou moins susceptible de suppurer. Un œil qui est destiné à la suppuration se mettra à sécréter si on laisse pendant deux jours l'application du bandage, tandis qu'un œil qui ne doit pas suppurer restera sec. De cette manière, je peux explorer la septicité de l'œil. Un œil qui sécrétera du mucus ou du muco-pus après une occlusion temporaire, devra *a fortiori* suppurer après une opération. Je ne procède à l'opération que lorsque l'œil se trouve sec sous le bandeau resté en place pendant deux jours.

Etude expérimentale et clinique sur la pathogénie des affections de la conjonctivite au point de vue bactériologique.

M. Chibret (Clermont-Ferrand). — 1° Les travaux pasteuriens sont le point de départ d'une des plus grandes révolutions de l'histoire de la médecine. 2° Le besoin d'une revision bactériologique de nos connaissances en ophtalmologie se traduit périodiquement par des rapports comme ceux de Leber et Sattler (1888), de Raehlman et Schmidt Rimpler (1890). 3° Les culs-de-sac conjonctivaux contiennent une riche flore bactérienne. 4° Pour qu'il y ait infection conjonctivale, il faut toujours éraillure ou desquamation épithéliale. Cette lésion est produite par des agents : A. *Exogènes* : Irritations physiques ou chimiques, affections virulentes. Certains virus — blennorrhagique, diphtérique — peuvent attaquer l'épithélium conjonctival; d'autres, celui du trachome, ne pénètrent qu'à la suite d'une attaque épithéliale qu'ils sont impuissants à produire. B. *Endogènes* : Affections eczémateuses. 5° Influence considérable des poussières sur la transmission du trachome : sa fréquence dans les filatures, sa rareté dans les mines de la Flandre. 6° Les affections virulentes telles que le catarrhe conjonctival ou l'ophtalmie blennorrhagique peuvent augmenter la réceptivité de la conjonctive; l'ophtalmie blennorrhagique prédispose à l'inoculation trachomateuse. 7° Les affections eczémateuses augmentent aussi la réceptivité conjonctivale ; elles sont souvent provoquées d'abord, puis entretenues par le larmoiement. 8° L'antisepsie et l'immunité individuelles sont les seuls facteurs qui préservent l'organisme de l'infection. La méthode de Crédé s'est montrée très efficace. La race (négres. Celtes), peut conférer une immunité relative ou absolue. 9° La grande réceptivité du nouveau-né pour l'ophtalmie blennorrhagique et la bénignité de l'affection comparée à celle de l'adulte reconnaissent une cause d'ordre anatomique. 10° L'étude du microbe, bien que relativement récente, est plus avancée que celle du terrain : possibilité d'agir rapidement sur un nombre énorme de générations et de modifier l'espèce dans son pouvoir pathogène. Production de races; vaccins ; notions pathogéniques attendant leur solution de la bactériologie. Difficultés de l'étude d'une bactérie pathogène. 11° *Gonococcus.* — 1° Sa présence dans les globules de pus; 2° Sa décoloration par la méthode de Gram. Forme en haricot. Son évolution dans la muqueuse uréthrale aux différentes périodes de l'infection. Son peu de résistance aux agents de destruction. Identité du gonococcus avec le coccus de l'ophtalmie des nouveau-nés. 12° *Bacillus diphtericus.* — Le bacille de la diphtérie est un bâtonnet assez semblable à celui de la tuberculose. Il n'envahit pas l'organisme et tue en sécrétant un poison très toxique. Il perd très difficilement sa virulence. Il ne se multiplie que sur une muqueuse malade. 13° Les autres bacilles sont à découvrir ou exigent des recherches confirmatives. La conjonctivite catarrhale ne semble pas être une atténuation de la conjonctivite gonorrhéique. Cependant les métamorphoses du *streptococcus pyogenes* doivent rendre très prudentes nos opinions en matière de spécificité pour tout ce qui concerne le pouvoir pathogène des microbes.

Affections eczémateuses de la conjonctive. — 14° L'eczéma est une des expressions du ralentissement de la nutrition. Il se ente souvent sur une affection virulente de la conjonctive qu'il prolonge en semblant la continuer : il engendre quelquefois la chronicité des affections. La bactériologie est muette sur la question de l'eczéma. Les dermatologistes l'envisagent comme reconnaissant pour cause un trouble fonctionnel des nerfs périphériques. La symptomatologie de l'ictère, la cure de l'eczéma, conduisent à considérer l'eczéma comme une névrite périphérique résultant d'une intoxication hépatique ou intestinale. — *Conclusion* : 15° Quoique peu avancée, la pathogénie des affections de la conjonctive est largement redevable à la bactériologie et attend beaucoup d'elle. Elle espère également de la chimie biologique des lumières nouvelles, surtout en ce qui concerne l'eczéma. 16° L'auteur du présent rapport s'est abstenu de sortir de la question pathogénique seule posée. Il craint que la discussion ne glisse dans la thérapeutique et il restera, dans ses réponses, sur le terrain qui lui a été assigné.

M. Abadie. — En pathologie oculaire, la question du microbe prime celle du terrain. Je prends un exemple. Si on inocule du pus d'ophtalmie purulente sur un sujet sain, on aura une ophtalmie purulente. Les conditions de production de la maladie sont réalisées chez quelques sujets et pas chez les autres; ainsi l'ulcère infectieux de la cornée s'observe plutôt chez les gens de la campagne ou dans la clientèle des cliniques. Pour produire cet ulcère, il suffit de faire une érosion de la cornée. Pour la conjonctivite granuleuse, la question des germes pathogènes prime la question de terrain. Le séjour prolongé du virus infectieux, l'absence des soins de propreté favorisent leur développement. Si l'infection se répand davantage dans certaines classes de la société, c'est que les conditions pathogènes ne sont pas les mêmes. J'ajouterai que la théorie ne doit pas exclure la thérapeutique. A ce propos je rappellerai que le traitement chirurgical du trachome, qui a donné à M. Darier et à moi les meilleurs résultats et qui consiste dans le raclage et le brossage de la conjonctive, constitue une découverte importante.

M. Panas. — J'attache une plus grande importance au terrain. Nous sommes constamment enveloppés par les microbes. Quand ils agissent c'est toujours sur un terrain spécial, en état de réceptivité. Je signale une lacune qu'il serait important de combler; il faudrait étudier la conjonctive des animaux comparativement à celle de l'homme aux différents âges. Si les animaux sont réfractaires, c'est qu'il existe des conditions anatomiques spéciales. J'ai souvent appelé l'attention de mes aides sur ce point; ce travail reste encore à faire, celui qui le poursuivrait avec fruit se couvrirait de gloire. Nous savons que les animaux sont réfractaires à l'inoculation, l'homme seul a ce triste privilège. Je dis plus, certains hommes l'ont, mais pas tous. Il n'y a pas qu'une sorte d'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Au microscope on a trouvé des gonococci, ailleurs le bacille de Wecks. Les variétés sont donc très différentes, et il faut se méfier des panacées qui guérissent toutes les ophtalmies, quelles qu'elles soient. Dans la conjonctive catarrhale normale j'ai trouvé un microorganisme qui n'était autre que le bacille de Wecks. La connaissance du terrain est donc importante ; la thérapeutique ne pout que profiter d'une étude histologique de la conjonctive dans les différentes conditions que j'ai indiquées.

M. Boé. — Au point de vue de la chimie biologique aurons-nous jamais des réactifs assez sensibles pour étudier les différentes natures du terrain que précisément nous considérons? Dans mes recherches sur les membranes du corps vitré, il ne m'a pas fallu moins de cinquante corps vitrés d'yeux de bœuf pour avoir des réactions probantes de la glutine. Au point de vue de l'étude bactériologique, il va falloir compter avec les microbes venant de l'extérieur ou des fosses nasales. Le nitrate d'argent reste un antiseptique puissant.

M. Pflueger. — En ce qui concerne les affections eczémateuses, je ne suis pas de l'avis de M. Chibret, en isolant les parties malades on les guérit sans recourir à autre chose.

M. Sulzer. — Il faut remarquer que les cas de trachome sans suppuration sont des cas atténués de cette maladie. Ceux qui débutent par une suppuration sont produits par le virus en pleine force. L'emploi d'un crayon de sulfure d'antimoine sur le bord des paupières est une méthode prophylactique.

M. Boucheron. — Dans l'étude de la structure de la conjonctive j'ai vu un épithélium de forme particulière plus répandu chez certains sujets que chez d'autres. Quant aux affections pustuleuses elles sont certainement microbiennes.

M. Coppez. — Je ne fais pas de différence entre la conjonctivite folliculaire et la conjonctivite granuleuse. J'ai vu la con-

jonctivite folliculaire des enfants devenir plus tard granuleuse. J'ai observé chez un enfant une conjonctivite pseudo-membraneuse se transformer le lendemain en ophtalmie diphtéritique. La question du terrain est donc importante. Entre la conjonctivite catarrhale et la conjonctivite purulente, la différence est radicale au point de vue bactérologique et clinique. Mais en transportant du pus de conjonctivite catarrhale sur un sujet granuleux, on développe une conjonctivite purulente.

M. Parinaud. — L'ophtalmie blennorrhagique grave peut se développer par métastase sans contage direct. J'ai observé dernièrement un cas d'ophtalmie purulente double qui avait au début l'aspect d'une sclérite succédant à un rhumatisme des épaules. Le rhumatisme était de nature blennorrhagique ainsi que l'ophtalmie, mais, dans ce cas, il n'y avait certainement pas eu de contage direct, car l'écoulement uréthral avait disparu lorsque le rhumatisme s'est déclaré.

M. Chibret. — Je répondrai à M. Abadie qu'il suffit de lire les travaux de l'école française pour savoir que la notion capitale de terrain prime la question secondaire de graine. On peut reproduire expérimentalement la kératite des moissonneurs, mais il ne suffit pas de l'inoculer pour la produire. Il faut modifier le terrain par un traumatisme. Faut-il donc faire table rase de l'influence des diathèses. Si la kératite infectieuse se produit chez les gens de la campagne, c'est qu'ils ne prennent pas de soins. En augmentant la force de résistance du terrain on pourrait tout aussi bien enrayer les accidents.

Nouveau procédé opératoire de la cataracte secondaire.

M. de Wecker. — *Les cataractes secondaires par membranes, sans participation de l'iris,* avaient fait l'objet d'un chapitre du rapport de M. Dufour l'année dernière, et l'opération qui leur était généralement appliquée était la discission par l'aiguille ordinaire à arrêt. M. Dor s'était pourtant élevé contre ce procédé et avait exprimé le désir de le voir remplacé par un autre procédé. Aujourd'hui on reconnaît que la discission n'est pas exempte de nocivité. Il faut donc la remplacer par une autre qui établira une ouverture absolument pure. Voici quel est le mode opératoire : Dans le cas d'extraction simple on pénètre avec le couteau à arrêt au milieu du rayon vertical supérieur; dans le cas d'extraction combinée on devra plonger le couteau dans l'ancienne cicatrice. La plaie cornéenne aura au plus quatre millimètres et le couteau est retiré rapidement pour conserver l'humeur aqueuse. On introduit alors les pinces-kystitomes de façon à atteindre le bord opposé de la pupille au moment où l'humeur aqueuse s'écoule. A ce moment la cataracte secondaire se jette sur la pince et on la saisit aussi largement que l'écartement des branches le permet. Ces lambeaux sont facilement détachés, car les cataractes sont généralement tendues et plus solides que la cristalloïde normale. Si le lambeau compris dans la pince suit bien la traction, on doit être prêt à donner un coup de pince-ciseaux au ras de la cornée afin d'éviter de couper ce qui est inutile et d'éviter toute traction des parties voisines. Après désinfection de la plaie, le bandeau est laissé pendant deux jours comme pour une simple discission. C'est avec assurance que l'on peut substituer à la simple discission cette opération qui *s'impose* lorsque la première a été employée sans avantage pour la vision.

M. Panas. — J'ai été celui qui a le plus insisté sur l'extraction des cataractes secondaires, je la fais depuis 20 ans. L'intervention est justifiée quand il n'y a pas de synéchies ou qu'elles sont peu importantes. Je fais une incison au niveau de la cicatrice d'une ancienne opération. Je perfore l'iris avec la branche inférieure des pince-ciseaux, et j'exerce une traction dans le sens vertical de manière à déchirer la capsule. Il est alors facile d'enlever tout le sac capsulaire, et immédiatement le champ pupillaire est libre. L'irido-capsulotomie est une opération des plus simples et exempte d'accidents. Le danger est la trituration du corps vitré avec les aiguilles. J'ajouterai qu'il y a cependant une précaution à prendre, c'est de voir si on exerce trop de tiraillements sur le corps ciliaire.

M. Despagnet. — Je suis d'autant plus disposé à appuyer les conclusions de M. de Wecker que depuis 16 ans j'ai vu appliquer le procédé qu'il préconise et j'ai eu, moi aussi, l'occasion de l'employer. Il est incontestable, comme le dit M. Panas, qu'il est préférable, si possible, d'enlever la capsule en entier. Malheureusement elle est souvent adhérente non seulement à la région ciliaire, mais à la face postérieure de l'iris et à la face antérieure du corps vitré. Aussi est-il commun chaque fois qu'on la saisit avec la pince, et qu'on la tire, de voir l'iris tiraillé se déformer. Si, malgré la plus petite traction, la capsule ne se détache pas librement, je crois, contrairement à l'opinion de M. Panas, qu'il ne faut pas insister, car on provoque des cyclites très graves. Dans ce cas, il faut se contenter, dès qu'une portion de la capsule est amenée au dehors de la plaie cornéenne, d'en pratiquer l'excison d'un coup de ciseaux.

M. Dor. — C'est surtout sur les membranules qu'il n'est possible de distinguer qu'à la loupe qu'il faut discuter. L'année dernière, j'avais déjà demandé à nos confrères expérimentés quel était leur mode opératoire, à l'égard de ces petites membranules qui altèrent l'acuité visuelle. La discission m'a donné une fois de l'iritis et un déplacement de la pupille.

M. Abadie. — Il faut faire une distinction entre les cas simples et les cas difficiles, ce qu'on ne peut voir au premier abord. Quand la cataracte secondaire est facilement attirée en dehors on a des tiraillements. C'est ce qui m'a engagé à modifier le procédé de M. de Wecker. Je fais alors une contreponction et, avec deux coups de ciseaux-pince, j'ai des résultats satisfaisants.

M. Meyer. — M. de Wecker a limité la question aux cataractes secondaires non adhérentes. Je ne fais qu'une brèche à la cornée et mon incision est même moins grande. Je me sers d'un petit crochet dont j'enfonce la pointe dans la pellicule et dans laquelle elle s'enroule. La difficulté consiste à la faire revenir par la plaie cornéenne qu'on peut accrocher au passage. Mais on arrive facilement à savoir si le crochet est à plat, on n'exerce alors aucune traction. C'est pour avoir une acuité visuelle meilleure que Knapp opère 70 0/0 de cataractes secondaires. Si l'on connaissait mieux son instrumentation, on n'hésiterait pas à faire la discission trois semaines après l'opération.

M. Suarez. — Je fais toujours avec le couteau de Graeffe deux petites incisions dans les extrémités du diamètre transversal. J'introduis alors le crochet en dehors ou en dedans selon la texture présumée de la cataracte ; j'enroule celle-ci et je tire doucement ; et si la résistance me semble forte, j'introduis alors l'autre crochet par l'ouverture opposée, j'accroche la capsule et alors l'effort de la traction étant balancé par la résistance du 2e crochet, le tiraillement de la région ciliaire est presque nul.

M. Vignes. — Dans le cas de membranule légère le kystitome est moins blessant que la pince de M. de Wecker qui produit une lésion superficielle quelque légère que soit la traction.

M. Gillet de Grandmont. — Dans les membranules de faible résistance j'emploie un petit crochet à encoche dont la tige a exactement le même diamètre pour éviter la sortie de l'humeur aqueuse. Pour sortir le crochet il faut avoir soin de l'appuyer sur le dos.

M. Landolt. — Le danger de l'opération de Knapp siège dans l'ouverture de l'hyaloïde qui ouvre la porte aux germes. C'est à cela seulement qu'il faut attribuer les causes de l'infection.

M. de Wecker. — M. Dor a avec raison ramené la discussion sur le genre de cataractes auquel s'adresse mon procédé. Il ne me reste donc qu'à remercier M. Panas d'avoir exposé sa manière d'opérer, ce qui vous permet de comparer les deux méthodes et d'en saisir les différences.

Je saisis la mince pellicule capsulaire avec mes pinces-kystitome et j'en amène le plus souvent un lambeau au dehors sans qu'il s'échappe une trace de corps vitré. Cela est possible si, comme M. Panas l'indique, il faut tout d'abord traverser avec une des branches des pinces la cataracte secondaire pour la saisir. Quel but poursuivons-nous tous deux, c'est de léser le moins possible la partie antérieure du corps vitré ; c'est aussi pour cette raison que je ne m'efforce nullement à décoller toute la capsule, tout en admettant avec M. Panas que cela est possible dans les cas où la capsule est assez résistante pour cette manœuvre et qu'on peut l'exécuter sans trop léser

le corps vitré et les parties avoisinantes. Mais je ne veux tenter nulle extraction totale, car je ne partage nullement la manière de voir de mon excellent confrère, en ce qu'il appelle l'idéal de l'opération. Que cherchons-nous comme idéal? c'est une acuité visuelle parfaite, et, pour l'obtenir, il est tout à fait indifférent que vous ayez enlevé la totalité de la capsule ou que vous l'ayez simplement pénétrée. Je cherche surtout à arriver à la restitution d'une acuité parfaite avec un minimum de traumatisme, car les tractions exercées sur les parties antérieures du corps vitré sont dangereuses. J'ajouterai que l'emploi du kystitome ne donne aucune sécurité.

Séance du Jeudi 7 mai.

Lésions oculaires dans l'Acromégalie.

M. Pinel Maisonneuve. — J'ai observé un malade atteint de tous les symptômes classiques de l'acromégalie. Au point de vue oculaire cet homme est atteint depuis huit ans d'exophtalmie qui est survenue lentement; les paupières sont épaissies, allongées, de couleur bistrée, elles protègent bien la saillie des globes; il y a une légère douleur intra-oculaire à la pression des yeux d'avant en arrière, rien aux cornées sauf une légère taie à droite, reliquat d'une kératite survenue il y a 7 ans sans cause appréciable. Diamètre des pupilles normal mais leur réaction est très lente à la lumière, mais normale à l'accommodation ; en somme on a le signe d'Argyll Roberston de l'ataxie mais atténué ; les mouvements associés ou non des globes oculaires se font bien, mais d'une façon paresseuse; mais dans le regard en haut il y a défaut de synchronisme entre l'élévation de la pupille et de la paupière. Les globes oculaires ont presque perdu droit de domicile dans les orbites car, en écartant légèrement les paupières, les yeux se luxent au dehors et on peut observer leur pôle postérieur. Pas de dyschromatopsie, pas de rétrécissement du champ visuel. Cet homme qui jusqu'à 24 ans avait une vision excellente s'est aperçu que sa vue baissait lentement jusque il y a quatre ans. Cependant il a encore 1/2 d'acuité visuelle pour l'œil gauche et 2/3 à peine à droite. A l'ophtalmoscopie des deux côtés on trouve une stase papillaire : Veines tortueuses et dilatées, artères amincies, aspect flac de la papille; cet état de l'appareil oculaire tient évidemment à une compression du chiasma et des bandelettes optiques par l'hypertrophie du corps pituitaire qui, comme on le sait, est la caractéristique anatomique de lésions qu'on trouve à l'autopsie des acromégaliques.

M. Motais. — Je puis donner l'état actuel d'une malade extrêmement intéressante dont j'ai cité autrefois l'observation. L'exophtalmos a persisté mais à un degré très faible, nullement comparable avec l'exophtalmos du début. Une double atrophie optique s'est développée peu à peu, aujourd'hui la malade est à peu près aveugle. J'avais été très frappé des accidents généraux (développement excessif des extrémités) et de la coïncidence d'un exophtalmos énorme survenu brusquement. L'acromégalie n'était pas connue alors. Je crus devoir affirmer que cette affection ne se rapportait à aucun type décrit jusqu'à ce moment. Les travaux sur mon observation diffèrent des autres présentés par M. Pinel sur deux points principaux : 1° Le début brusque et aigu de l'exophtalmos sur les deux yeux successivement; 2° La disparition graduelle de l'exophtalmos.

M. Meyer. — Dans un cas d'acromégalie que j'ai observé, il n'y avait ni exophtalmos ni parésie des mouvements. Mais il existait une hémianopsie temporale caractéristique. L'atrophie optique s'était développée sans névrite optique. De plus, le malade présentait des phénomènes tabétiques très prononcés. Cette affection peut se combiner avec des altérations diverses qui donnent des symptômes acromégaliques ou tabétiques. Il ne faut donc pas pour établir le diagnostic s'en tenir aux symptômes oculaires.

Traitement des Synéchies postérieures totales avec occlusion pupillaire.

M. Jocqs. — Un malade s'est présenté à moi atteint de synéchies postérieures totales des deux yeux à la suite d'une iritis syphilitique double. En même temps, après plusieurs récidives, le malade n'ayant pas été soigné, les bords des deux pupilles étaient réunis par un exsudat plastique tel qu'il en résultait une cécité presque complète. Ces deux yeux, sains d'ailleurs, n'ayant éprouvé que quelques douleurs péri-orbitaires, étaient justiciables d'une opération. Pour le premier, j'ai fait l'iridectomie ; mais l'iris, complètement et fortement adhérent au cristallin, ne céda que sous forme de filament et, de plus, la cristalloïde mise à découvert n'était pas transparente ; elle était recouverte de pigment irien et de débris d'exsudats inflammatoires. L'extraction du cristallin était nécessaire. Elle fut pratiqué séance tenante comme pour une cataracte ordinaire après discission de l'exsudat et du cristallin. Guérison rapide de l'opération. Au bout de peu de temps les fragments de l'exsudat pupillaire simplement dilacérés par la discission s'étaient réunis et obstruaient de nouveau la pupille. Une nouvelle discission portant également sur les débris cristalliniens opacifiés donna au malade 1/2 d'acuité visuelle; mais la permanence des lambeaux de la membrane exsudative, donnait à craindre que ce bon résultat ne fût pas durable.

Pour le second œil, afin de ne pas tomber dans le même écueil, je résolus d'opérer d'une manière différente. D'abord, instillation préalable d'atropine. Puis discission au moyen d'un instrument spécial qui me permit de sectionner complètement la membrane exsudative pupillaire et de l'enlever comme à l'emporte-pièce en suivant les contours de l'ouverture de l'iris. Enfin, section de la cornée et évacuation aussi complète que possible de la membrane plastique et des débris cristalliniens. Suites de l'opération normales. Au bout de quelque temps, formation d'une cataracte secondaire inévitable à la suite de l'extraction du cristallin non opacifié. Une simple discission donna pour cet œil 2/3 d'acuité visuelle sans crainte pour l'avenir, car il ne restait plus trace exsudative. Ce malade, d'aveugle qu'il était, avait donc recouvré une acuité visuelle bien suffisante.

Conclusion : Lorsque les synéchies postérieures totales à la suite d'iritis plastique se compliquent d'occlusion pupillaire, et que l'iridectomie paraît ne pas devoir suffire, il faut enlever le cristallin; mais il faut faire précéder l'extraction du cristallin de l'ablation complète de la membrane obturatrice et non d'une simple division.

Pour enlever la membrane obturatrice, le meilleur moyen est d'en faire la section complète tout autour de la pupille avant d'avoir vidé la chambre antérieure par la section de la cornée et après instillation d'atropine. Si besoin est, afin de faciliter l'évacuation des débris du cristallin, pratiquer l'iridectomie avant ou après l'extraction.

Rupture traumatique du droit inférieur de l'œil droit.

M. Bourgeois. — Homme de 64 ans qui, en tombant violemment sur l'angle d'un coffre en bois, eut une rupture du droit inférieur droit. On voyait, au point d'insertion sous-cornéen du tendon, une petite masse charnue, grosse comme un pois, représentant le tiers antérieur du muscle. Le malade offrait les symptômes classiques de la paralysie du droit inférieur, avec strabisme supérieur très prononcé. Pour différentes raisons, on ne put pratiquer l'avancement du bout postérieur du muscle. Le traitement, qui fut appliqué tardivement, consista d'abord dans l'excision de la saillie musculaire précitée ; puis on fit la ténotomie du droit supérieur. Il n'y avait pas d'autre intervention possible, et l'on n'aurait pas pu pratiquer la ténotomie du droit inférieur gauche, car le malade avait un abaissement des deux paupières supérieures, par suite d'un certain degré de ptosis. D'ailleurs, le résultat fut satisfaisant : la diplopie était supprimée par une légère inclinaison de la tête. Il est à remarquer que l'œil blessé avait conservé son acuité normale, sans altération du champ visuel ; car le choc violent qu'il avait subi n'avait déterminé aucune lésion intra-oculaire.

Du glaucome hémorrhagique.

M. Venneman. — Le glaucome hémorragique est trop souvent rattaché à une affection purement rétinienne : une apoplexie de la rétine, une rétinite hémorragique. La papillite par stase veineuse amène plus souvent qu'on ne pense cette forme de glaucome secondaire. Ainsi le prouvent les deux cas observés simultanément chez des personnes relativement jeunes. L'une d'elles, âgée de 40 ans seulement, est morte peu

de temps après dans des convulsions épileptiformes générales. L'autre, âgée de 54 ans, présenta plus tard une simple névrite optique de l'autre côté. D'autres symptômes cérébraux légers et la forme centrale de l'amblyopie avec rétrécissement du secteur du champ visuel parlent en faveur de l'origine du glaucome par stase veineuse, suite de papillite. La sclérotomie apporte un soulagement équivalent à la guérison dans les deux cas, mais à la seconde intervention seulement.

Nouveaux faits à l'appui de la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte.

M. Suarez. — Depuis que j'ai conseillé, le premier en Europe, l'application de cette méthode, divers auteurs s'en sont occupé. Je tiens à cette question de priorité qu'on me reconnaîtra du reste. La suture de la cornée garantit complètement l'opérateur contre les enclavements de l'iris; de plus, avec elle, la chambre antérieure se refait très vite, l'agglutination de la plaie est suffisamment solide pour qu'au bout de deux heures les paupières puissent être ouvertes sans crainte de réouverture de la plaie. On peut aussi employer l'usage des mydriatiques dès les premières heures, si la chose est nécessaire.

Kystes dermoïdes de l'orbite.

M. Vignes (de Paris). — Les dermoïdes intra-orbitaires, les uns à contenu séreux, sont dus à un emprisonnement dans l'orbite de la muqueuse fœtale des fosses nasales; ils sont d'origine endodermiques; les autres, à contenu huileux ou renfermant des cellules épithéliales, des poils et même des dents (cas de Barnes), sont produits par invagination ectodermique dans la fente fronto-maxillaire. C'est parmi ces derniers que se range le fait suivant que j'ai observé à ma clinique. Une fillette de 3 ans 1/2, bien portante et sans antécédents, présentait sous le ligament palpébral interne, entre le canthus et l'os propre du nez, une petite tumeur arrondie de la grosseur d'une noisette un peu mobile sur le plan profond et sans adhérence à la peau. Elle était de consistance dure, résistante et fut prise pour un fibrome. L'opération démontra qu'il s'agissait d'un kyste dermoïde dont le pédicule s'implantait à 3 centimètres dans l'orbite sur la suture plano-frontale. Le contenu du kyste était composé de cellules épithéliales, d'éléments graisseux et de poils. La texture de la poche rappelait celle de la peau; on y observait des follicules sébacés et des follicules pileux. Le diagnostic de semblables kystes offre quelques difficultés, leur consistance, leur développement lentement progressif les ont fait prendre pour des lipomes fibromes, et même ostéomes. Ils se développent plus rarement du côté interne de l'orbite et les kystes à contenu solides sont de beaucoup plus rares.

Myopie accusée des deux yeux depuis l'âge de six ans chez un sujet de trente ans. Corrigée par le port permanent des verres variant de 3,50 à 6 D., suivant les distances, disparue complètement par suite de paralysie de l'accommodation.

M. Gaupillat (Troyes). — Ce titre très étendu est toute l'observation. L'examen objectif a démontré que les yeux étaient emmétropes et que le sujet faisait, depuis vingt ans, inutilement usage de verres. La syphilis a révélé son emmétropie; l'amplitude d'accommodation est réduite.

M. Javal. — J'ai à ma connaissance un cas de myopie qui a disparu quand la syphilis eut produit une paralysie double de l'accommodation.

M. Meyer. — Il y a des réserves à faire sur la paralysie double de l'accommodation de cause syphilitique. Néanmoins, ces faits confirment une fois de plus que les contractures des muscles ciliaires donnent raison à la pathogénie myopique ciliaire.

M. Valude. — J'ai observé chez une jeune fille une myopie spasmodique corrigée par le D. Après avoir été atropinisée elle est devenue hypermétrope et depuis elle n'a plus porté de verres concaves.

M. Suarez. — Jai autrefois cité un sujet myope de 7 dioptries qui après les installations d'atropine est devenu hypermétrope.

M. Kalt. — J'ai opéré de la cataracte un malade myope de 7 dioptries à qui j'ai été obligé de prescrire des verres convexes de 10 D.

M. Parent. — Le cristallin est placé au point nodal, et le verre à 13 millimètres au-devant de l'œil, il y a donc des différences dont il faut tenir compte, pour expliquer ces variations observées après l'extraction du cristallin.

M. Tscherning. — Je voudrais attirer l'attention des confrères qui soignent des malades de ce genre, sur l'importance que des observations faites sur eux peuvent avoir pour la physiologie de la vision. Il est connu que le célèbre Th. Young avait des yeux assez saillants pour que le pôle postérieur fût accessible et qu'il s'en servait pour faire des expériences, qui n'ont jamais pu être répétées faute d'yeux qui s'y prêtaient. Si donc un de ces malades avait encore la vue assez bonne et voulait s'y prêter, on pourrait élucider certaines questions concernant l'accommodation, la longueur de l'axe de l'œil, etc.

M. Parent, secrétaire général, donne la liste des nouveaux membres de la Société; ce sont: MM. Warlomont, René Kœnig, Oger de Speville, Verneuil, Rouxel, Meurer.

M. Parinaud est élu membre du Comité par 48 voix sur 52 votants (1). E. Kœnig.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 13 mai 1891. — Présidence de M. Vigier.

M. Berlioz présente, au nom de M. le Dr Berlioz, de Grenoble, un échantillon de *Microcidine*. C'est un antiseptique puissant non toxique, ni caustique, et très soluble. L'auteur a fait de nombreuses expériences sur le pouvoir antiseptique de cette substance. Celle-ci contient 75 0/0 de naphtolate de soude.

M. Patein. — Je désirerais savoir si dans la microcidine la partie agissante comme antiseptique, c'est le naphtolate de soude ou les autres produits indéterminés qui y sont contenus au titre de 25 0/0. Il est très facile de faire du naphtolate de soude pur.

M. Boquillon présente son *formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles.*

M. Bardet présente de la part de M. Jonisse, pharmacien à Orléans, un *pain-croûte au gluten*. Le pain pèse 60 à 70 gr. Ce pain a un goût assez agréable et se conserve parfaitement.

M. Patein présente une note sur un mode simple de *recherche de la cocaïne*. On évapore à siccité le liquide à examiner, on ajoute de l'alcool fort à 95°, puis une pastille de potasse caustique; il se produit une odeur spéciale d'éther benzoïque très intense permettant de déceler des traces.

M. Bernheim lit une note sur la *transfusion du sang de chèvre dans la tuberculose.*

M. Bovet présente une note sur le *régime alimentaire dans les dyspepsies* et *sur le pain à donner aux malades.* Le blé comprend deux parties: les enveloppes (épicarpe, endocarpe, épisperme), l'amande et l'embryon. Le son est formé des enveloppes. La partie la plus blanche, mais la moins nutritive, est formée du centre de l'amande. On fait du pain de 1re qualité de la partie la moins nutritive. Au-dessous des membranes externes, il existe une membrane contenant une substance analogue à la diastase, qui a une action dans la digestion. Les digestions varient suivant qu'on emploie le pain blanc ordinaire, le pain bis contenant une partie des enveloppes, le pain grillé et le pain contenant cette substance diastasique. Le pain blanc (gruau) est très indigeste, tandis que ce dernier favorise la digestion. Le pyrosis, les digestions difficiles diminuent en employant ce pain diastasé. Le pain grillé est aussi très digestif. La farine de 2e marque est plus nutritive et plus digestive que la farine de 1re marque.

M. C. Paul. — Quelle différence existe-t-il entre ce pain et la biscotte?

M. Bovet. — Le pain que je présente contient de la diastase et est de plus grillé. A. Raoult.

---

(1) Nous aurions voulu voir ces séances rehaussées d'un peu plus d'éclat et de décorum. Elles ont été laborieuses, et on eut facilité la tache des orateurs par le maintien d'une plus grande discipline. La courtoisie dans les discussions est le premier des devoirs, pour ne pas nuire à la bonne renommée de la politesse française. K.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 14 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

A l'occasion du procès-verbal, M. JULLIEN montre, comme l'a indiqué M. Morel-Lavallée, les bons effets que l'on peut obtenir dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique par les préparations mercurielles.

M. E. BESNIER cite des observations à l'appui de ce dire.

M. DU CASTEL a cependant traité ainsi un cas récent et il n'a obtenu aucun résultat.

M. DU CASTEL présente une malade atteinte *de chancres syphilitiques multiples du bras.* Il s'agit d'une femme qui était entrée pour des accidents vénériens et qui, pendant son séjour à l'hôpital, fit une fièvre typhoïde. A la guérison de celle-ci, après trois mois de séjour, la malade, qui avait la gale, fut traitée par la frotte. A la suite de cette dernière, on vit apparaître sur les bras des pustules ecthymatiformes simulant absolument des chancres syphilitiques, puis survinrent une lymphangite, de l'adénite axillaire, et trois semaines après, une céphalée nocturne; enfin, au bout d'un mois, de la roséole. La question est de savoir si ces lésions chancriformes étaient bien des chancres syphilitiques, ainsi que tend à le démontrer la chronologie des accidents puisque la roséole est survenue environ un mois après leur apparition, où si parmi les accidents vénériens constatés à l'entrée il n'y avait pas un chancre syphilitique, l'infection ayant alors subi de par le fait de la fièvre typhoïde intercurrente, un temps d'arrêt dans son incubation.

M. VIDAL pense qu'il s'agit ici de papules ecthymateuses chancriformes, c'est-à-dire d'accidents secondaires mais non de chancres. C'est une femme chez laquelle les suppurations se font facilement: il ne s'agit pas d'ecthyma simple, ainsi que le fait est fréquent chez les galeux traités par la frotte, mais d'accidents secondaires à l'aspect ecthymateux.

M. FOURNIER, qui a vu la malade au début de ses lésions, la considère comme ayant été atteinte de chancres multiples du bras. L'évolution de la maladie n'a fait que confirmer cette opinion. Ce cas est analogue à celui qu'il a présenté avec M. Feulard dans une séance précédente : il s'agit bien d'un fait de contagion hospitalière par un mécanisme qui échappe.

M. E. BESNIER se rapprocherait assez de l'avis de M. Vidal; il s'agit pour lui d'une syphilis secondaire modifiée par la coexistence de la gale. Ces lésions se rapprochent des plaques syphilitiques de la peau de Bazin. Aujourd'hui, du moins, elles ressemblent plus à ces plaques qu'à des chancres. M. Besnier insiste sur les changements de type que les éruptions intercurrentes, notamment l'eczéma séborrhéique et la gale, impriment à la syphilis. Il y a là une multiformité qu'il faut bien connaître.

M. JULLIEN, à propos de la remarque de M. Du Castel que la fièvre typhoïde intercurrente, peut très bien expliquer le retard de l'incubation de la syphilis et de l'apparition des accidents secondaires, rappelle qu'il a signalé des faits de cet ordre et qu'il a même vu un cas d'arrêt de la maladie. Il a inspiré la thèse de M. le Dr Merle qui, en 1887, a réuni les cas de cet ordre.

M. HALLOPEAU. — *Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocardes.* Il est de règle que dans les syphilides circinées ou polycycliques, des papules mères soient entourées de papules filles moins volumineuses et moins vivement colorées; alors même que l'éruption se développe primitivement en arcs de cercles parallèles, les arcs de cercle d'un même groupe n'apparaissent que successivement; les plus anciens ne font pas la même saillie et ne présentent pas la même coloration que les plus récents. Il en a été différemment chez une malade que M. Hallopeau présente à la Société; les nombreux fragments de cercles qui se juxtaposent parallèlement pour constituer ses placards éruptifs offrent tous des caractères identiques. Il en est de même lorsque les papules se groupent concentriquement pour constituer des cocardes dont une comprend 4 cercles. La dermatose ainsi constituée offre dans sa disposition de frappantes analogies avec certaines formes de lichen plan circiné; elle s'en distingue par les caractères des papules et l'absence de prurit intense.

M. HARDY se demande s'il ne s'agit pas ici d'un érythème circiné. Le résultat positif du traitement spécifique n'est pas, d'après lui, suffisant pour faire affirmer la syphilis.

M. E. BESNIER. — Au début, en effet, j'ai pu croire à une tricophytie circinée, mais il s'agit bien d'une syphilide tertiaire caractérisée par l'épaississement de la lésion à forme œdémateuse et infiltrante.

M. BROCQ fait une communication *sur le lichen simplex et circonscrit de la paume des mains.* Il existe une lésion de la paume des mains caractérisée par une rougeur pâle et terne, par un épaississement des téguments, par une prolifération modérée de l'épiderme qui prend un aspect légèrement corné et adhère fortement aux parties sous-jacentes, par des fissures douloureuses et surtout par un prurit des plus intenses, incessant et revenant par accès antérieurs à la lésion cutanée, pouvant coïncider chez le même sujet avec des plaques typiques de lichen simplex chronique et qu'il est dès lors logique de distinguer des autres eczémas chroniques, ainsi que des kératodermies et de considérer comme des névrodermites circonscrites de la paume des mains.

M. VIDAL présente le moulage d'une main, sur laquelle on peut voir les lésions de lichen chronique circonscrit, telles qu'elles viennent d'être décrites. Le lichen plantaire peut aussi exister, coïncidant alors comme celui de la paume de la main avec des papules disséminées sur le corps.

M. MOTY fait une communication *sur un nouveau mode de traitement de la pelade.* Il injecte sur chaque plaque de pelade six gouttes de solution de sublimé à $\frac{1}{500}$ et cela tous les trois jours. A chaque séance il peut faire une injection sur douze ou quinze plaques. Ces injections ne sont pas douloureuses; elles doivent être intra-dermiques. En comparant avec les lotions simples au bichlorure, il est facile de voir que ces dernières leur sont de beaucoup inférieures.

M. VIDAL a pu se rendre compte, en effet, que les lotions de sublimé étaient peu efficaces.

M. BESNIER, en raison de l'importance de ce nouveau mode de thérapeutique, propose à M. Moty, qui l'accepte, de venir faire, à Saint-Louis, des injections sur des peladiques. Les résultats seront alors suivis par les médecins de l'hôpital et l'on verra si l'on tient enfin un traitement rapide, efficace, et sans danger, de cette affection.

M. FEULARD présente une malade atteinte *d'accidents d'iodisme cutané.* Cette malade avait été traitée en ville pour une gomme de la cuisse et avait pris pendant huit jours le traitement ioduré. Quand elle est entrée à l'hôpital, elle présentait une éruption pemphigoïde de l'avant-bras et du poignet gauches, formée de bulles aplaties contenant un liquide gélatineux; l'extrémité du lobule du nez était recouverte d'une croûte noirâtre, au-dessous de laquelle la peau était exulcérée ; et sur la joue droite une lésion anthracoïde. L'examen de l'urine révèle la présence de l'iodure en quantité. La cessation du traitement amena rapidement l'amélioration, mais voici qu'apparaissent sur les cicatrices des bulles des végétations papillomateuses. M. Hallopeau, en 1888, a relaté le cas d'un malade atteint de pemphigus végétant iodique dont se rapproche le cas actuel. Mais ici les accidents ont été limités et bénins. Pourquoi sur le poignet et l'avant-bras ont-ils pris une gravité plus grande? Vraisemblablement par ce fait que ces régions avaient été préalablement irritées par des frictions à l'alcool camphré, faites peu de temps auparavant pour une foulure du poignet.

M. FOURNIER insiste sur l'aspect syphiloïde que présentaient les lésions. Il rappelle un cas analogue où plus les lésions se prononçaient, plus on donnait d'iodure parce qu'on croyait à la syphilis. Il y a donc un grand intérêt pratique à connaître ces éruptions médicamenteuses.

M. MAURIAC cite un cas qui vient confirmer ce qu'a dit M. Fournier. Il simulait absolument un ecthyma syphilitique. La lésion avait été produite par des doses considérables d'iodure et le traitement ioduré une fois suspendu, la guérison survint rapidement.

M. QUINQUAUD fait une communication *sur l'histologie pathologique de l'urticaire pigmentée.* Il insiste sur la présence pathognomonique des éléments propres à cette affection, les *mastzellen,* ainsi que sur leur distribution irrégulière. Ces

cellules ont une topographie spéciale. Quant à leur nature, elle est encore discutée. M. Quinquaud montre qu'elles ont une individualité propre: en les traitant par le violet de dahlia on voit que leur noyau ne se décolore pas par l'alcool, ce qui peut les différencier des cellules fixes du tissu conjonctif. M. Quinquaud ne croit donc pas qu'elles dérivent de ces dernières. Traitées par la safranine, leur noyau reste transparent, presque incolore, tandis que leur protoplasma est parfaitement coloré, et l'on voit alors dans ce dernier une multitude de petites granulations qui seraient la cause de la couleur spéciale que prennent les éléments éruptifs. Il s'agit donc d'une néoplasie à cellules spéciales tout à fait particulières, survenant sans phénomènes inflammatoires. Peut-être, mais c'est là une hypothèse, ces cellules seraient-elles une transformation des leucocytes.

M. Laussedat lit une note sur un cas *d'herpès menstruel de la région lombo-sacrée.* Paul Raymond.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 11 *mai* 1891. — Présidence de M. Demange.

M. Casimir Zmigrodzki, médecin de Saint-Pétersbourg, a fait une communication sur *la grossesse extra-utérine au point de vue médico-légal.* Il existe, d'après l'auteur, trois cas principaux dans lesquels la grossesse ectopique peut donner lieu à des recherches médico-légales. En premier lieu, il place la rupture du sac fœtal qui, d'après ses diverses manifestations, peut provoquer des soupçons de *l'infection aiguë.* Dans un autre cas, la rupture du sac fœtal accompagnée d'une hémorrhagie utérine peut quelquefois laisser supposer un *avortement criminel.* Enfin, dans un troisième cas, la grossesse extra-utérine se trouve quelquefois dans des circonstances les plus diverses en rapport avec des *accidents traumatiques* qui ont précédé la rupture (ainsi, on connaît en littérature des exemples de rupture du sac d'une grossesse tubaire pendant un effort de vomissement, de défécation, de coït, etc.). A cette dernière catégorie d'accidents traumatiques, il faut rattacher les cas de rupture pendant telle ou telle intervention ou manipulation médicale (ruptures observées pendant un examen gynécologique bi-manuel, pendant l'introduction d'un hystéromètre, etc.). Récemment, on a proposé de pratiquer le raclage de l'utérus dans un but diagnostique pour soumettre, dans les cas douteux, un petit morceau de la caduque à un examen microscopique. M. Zmigrodzki considère ce moyen comme excessivement dangereux et il a cité, à ce propos, un cas de ce genre observé dernièrement à Saint-Pétersbourg. Quoique la rupture n'ait pas directement suivi le raclage, cependant, l'état de la malade s'est considérablement aggravé à la suite de cette opération, et 24 heures après elle est morte avec des phénomènes d'hémorrhagie interne. En terminant son intéressante communication, l'auteur a demandé à la Société si on est autorisé, en présence d'une grossesse ectopique, à se livrer à des manipulations intra-utérines telles que l'exploration digitale, l'introduction des sondes, le raclage de la caduque, surtout dans les cas où la laparotomie est impossible pour une raison quelconque.

M. Polaillon pense qu'il est préférable de s'abstenir de toute manipulation dès qu'on soupçonne une grossesse ectopique. Si l'enfant n'est pas vivant, il faut faire la laparotomie la plus précoce. Il cite un cas où il a fait une laparotomie sans savoir qu'il y a eu grossesse extra-utérine. Il y avait grossesse tubaire peu avancée. La femme a guéri, mais si la grossesse avait été plus avancée le résultat n'aurait pas été probablement aussi heureux.

M. Vallon fait une communication sur *la mort subite dans la paralysie générale.* Il s'agit d'un homme de 29 ans, entré à l'asile de Villejuif le 5 février 1890, avec des signes probables de paralysie générale. Il était dans un état d'affaiblissement physique considérable et s'alimentait difficilement, de sorte qu'à un moment donné on fut obligé de recourir à l'alimentation artificielle. Quelque temps après, pendant la visite du matin, on transporte le malade du lit sur un fauteuil, et il meurt subitement. A l'autopsie on a trouvé des légères adhérences des méninges au niveau des lobes frontaux, mais rien qui puisse expliquer la mort subite.

M. Falret a constaté des faits semblables sans qu'on puisse trouver une base organique.

M. Vibert fait remarquer que le chapitre des morts subites se trouve augmenté par les cas relatifs à la paralysie générale et aussi les cas qu'on observe chez les délirants alcooliques aigus.

M. Motet cite le cas d'un médecin atteint de paralysie générale et mort presque subitement au sortir d'un bain.

M. Garnier constate la fréquence des morts subites dans le délire alcoolique aigu observées à l'infirmerie spéciale du dépôt.

M. Christian pense que la mort subite se produit plus souvent chez les anciens alcooliques.

M. Pouchet a observé en 1876 un cas de mort subite chez un alcoolique en état de delirium tremens; l'autopsie faite le lendemain n'a permis de constater aucune lésion expliquant cet accident.

M. Briant fait remarquer que chez certains paralytiques généraux on est obligé de recourir au cathétérisme de la vessie à cause de la rétention d'urine; il en résulte le développement des microorganismes qui peuvent jouer un rôle dans la détermination de la mort subite.

M. Pouchet n'admet pas cette hypothèse, car chaque fois qu'il s'agit des microbes il faut, au contraire, un temps énorme pour développer des accidents et des lésions organiques.

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 7 *mai* 1891. — Présidence de M. Laborde.

MM. Ramadier et Sérieux font une communication sur 5 cas de *malformation spéciale de la poitrine* (thorax en entonnoir) et présentent des moulages et des photographies à l'appui. La dépression thoracique affecte une forme conique; le sternum, plus ou moins profondément incurvé, décrit un arc de cercle à concavité antérieure, entraînant avec lui les cartilages costaux. La profondeur de cet entonnoir varie de 85 millim. à 12 millim. (celle-ci chez un enfant). Le sommet correspond généralement à la fossette sus-xiphoïdienne. La malformation est le plus souvent congénitale. Elle ne paraît pas entraîner de troubles fonctionnels sérieux, bien qu'il y ait par exemple déviation du cœur à gauche. La longueur du sternum est normale ainsi que la circonférence thoracique maxima. Les 5 cas observés s'ajoutant à ceux signalés déjà élèvent leur nombre à 16. MM. Ramadier et Sérieux concluent que le thorax en entonnoir ne saurait être mis sur le compte du rachitisme. L'intervention d'une cause mécanique est incapable d'expliquer, à elle seule, le mode de production de cette déformation ni le fait de la coexistence fréquente, avec le thorax en entonnoir, de malformations d'autres organes. Les auteurs insistent sur ce dernier fait ainsi que sur celui de l'apparition de la malformation chez des sujets porteurs de tares héréditaires plus ou moins lourdes et dont l'état mental est lui-même rarement indemne. La poitrine en entonnoir s'accompagne en effet de plagiocéphalie, de syndactylie, de vitiligo, de phimosis, d'ichthyose; ou bien d'implantation vicieuse des dents, d'ogivité de la voûte palatine, de malformations des orteils, d'hydrocéphalie, de malformations des doigts, de surdité, de malformations crâniennes, de bec-de-lièvre, de strabisme, de prognatisme, de cryptorchidie, de rétréeissement aortique. Cette apparition multiple, chez le même individu, de déviations du développement normal ne saurait s'expliquer que par l'existence d'une cause perturbatrice dont l'action s'est fait sentir dans la vie fœtale ou dans l'enfance. Il faut citer en première ligne les tares psychopathiques des ascendants. Enfin, ces déformés sont souvent aussi mal lotis au point de vue cérébral qu'à celui de leur système osseux. Ce sont des dégénérés délirants, des débiles, des imbéciles, des idiots, des épileptiques. La poitrine en entonnoir est un des nombreux stigmates de la dégénérescence, une anomalie du développement en rapport avec l'hérédité morbide.

MM. Capitan et Variot pensent que le rachitisme thoracique isolé, sans rachitisme des membres, n'est pas aussi rare

qu'on semble l'admettre. Ils citent quelques cas de malformation rachitique sternale observés par eux.

M. LAGNEAU rappelle également le travail du Dr Aubert sur le recrutement dans le département de l'Indre. Cet auteur signale plusieurs cas de ce genre de déformation en coïncidence avec d'autres malformations.

M. LABORDE insiste sur la concomitance des caractères de dégénérescence du côté intellectuel, de l'épilepsie et de l'idiotie. La dépression thoracique dans les cas observés par MM. Ramadier et Sérieux est considérable. Les déformations rachitiques du sternum telles que nous les présente en nombre le musée Dupuytren par exemple, sont surtout consécutives, tandis qu'ici elles semblent être primaires.

M. LEGRAIN présente *des silex néolithiques* de l'atelier de de Saint-Aubin, près Elbeuf.

M. BÉRANGER-FÉRAUD fait une communication *sur les superstitions provinciales*, notamment sur l'immersion des idoles dans l'eau.

M. VAUVILLÉ présente des échantillons provenant des *ateliers préhistoriques de taille de grès* de la vallée de l'Aisne.

M. LETOURNEAU donne lecture d'un mémoire du Dr CARLIER *sur la croissance et sur l'influence des exercices du corps* dans les écoles d'enfants de troupe de Montreuil et de Saint-Hippolyte-du-Fort. L'éducation qu'on y donne aux enfants et aux adolescents est le contre-pied de celle qu'on leur octroie dans les collèges et les lycées, où les exercices du corps et les soins d'hygiène prennent une place bien moindre. Il est donc intéressant de connaître en détail et exactement le développement de l'individu chez les uns et chez les autres ; il faut suivre pas à pas l'accroissement et procéder par mensurations exactes. Les tableaux de M. Carlier ne comprennent pas moins de 10,000 observations. Les sujets ont été mensurés jusqu'à 8 fois dans des intervalles de 2 mois. Il ne faut pas tirer des conclusions de moyennes de différents âges, mais bien des chiffres recueillis sur le même individu à différents âges. L'auteur examine le milieu dans lequel il convient de faire vivre les enfants. Il discute les facteurs hérédité et milieu géographique, deux causes intervenant séparément. Le périmètre thoracique, le poids et l'accroissement varient en effet suivant la race à laquelle appartiennent les enfants. L'accroissement du périmètre est surtout en rapport avec les exercices de gymnastique. Le poids acquiert son maximum en hiver et non en été, par contre en été le périmètre s'accroît plus que pendant la saison froide. De 13 à 18 ans on constate ainsi une alternance rythmée d'accroissement et d'arrêt. Le périmètre est en rapport avec la taille. Le rapport entre le poids et la taille varie avec l'âge, etc. L'auteur préconise incidemment la création d'écoles militaires préparatoires dans lesquelles on bénéficiera des avantages de la méthode dont il signale les qualités par de nombreuses observations. G. CAPUS.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 11 avril 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. Henri MONOD, au début de la séance, déclare qu'aucun fait d'épidémie n'a été signalé au ministère de l'intérieur depuis la dernière séance.

M. le Dr PROUST fait la communication suivante : le pèlerinage de La Mecque pour les indigènes tunisiens ne sera autorisé que si les pèlerins s'embarquent sur des navires pourvus d'étuves à désinfection et de pulvérisateurs. Les médecins désignés par le conseil sanitaire de Tunis s'assurcront que les mesures prescrites pour la désinfection ont été régulièrement prises pendant le voyage de retour. Les pèlerins hindous et javanais arrivent à La Mecque ; bien qu'un intervalle de quatre mois nous sépare du pèlerinage, ils y sont déjà au nombre de plus de huit mille. — Aucun renseignement n'a été communiqué de l'état sanitaire de Sierra-Leone. — La situation de Rio-Janeiro continue à être mauvaise ; on y signale toujours un grand nombre de décès occasionnés par la *fièvre jaune.*

M. le Dr OGIER lit un rapport sur un *projet d'adduction d'eau à la ville de Quimper.*

M. le Dr VAILLARD lit un rapport sur un projet d'adduction d'eau à la ville de Lure. Les conclusions sont favorables aux projets ; elles sont adoptées.

M. CORNIL lit un rapport sur le *service des douches à l'établissement thermal de Vichy.*

REVUE D'ANATOMIE

I. — **Traité d'Anatomie topographique avec application à la chirurgie** ; par P. TILLAUX. — 6e édition. Paris. Asselin et Houzeau, 1890.

II. — **Traité élémentaire d'Anatomie de l'homme** ; par CH. DEBIERRE. Paris, Félix Alcan, 1890.

I. — Le remarquable traité d'anatomie chirurgicale de M. le Pr Tillaux est bien connu et se trouve entre les mains de tous ceux qui, depuis treize ans, cherchent à se faire une idée claire, précise et complète de tout ce qui concerne l'anatomie dans ses applications chirurgicales. Traduit dans toutes les langues et arrivé, en l'espace relativement court de 13 ans, à sa sixième édition, cet ouvrage est, et restera pour longtemps, le traité classique d'anatomie topographique. Il ne nous appartient pas de faire l'éloge d'un livre qui a pu résister à l'épreuve la plus sérieuse, à l'appréciation de générations d'étudiants et de chirurgiens qui l'ont consacré. Aussi nous nous bornerons à signaler les remaniements que l'auteur a fait subir à son ouvrage. Comme le dit M. Tillaux dans sa préface, il y avait une petite lacune à combler, c'était une description plus étendue de la cavité abdominale qui est devenue depuis quelque temps le champ opératoire de la chirurgie antiseptique.

La description du péritoine a été surtout l'objet d'une étude très claire et complète. Deux excellentes figures montrent la disposition de la séreuse et la situation exacte des viscères. M. Tillaux décrit et fait représenter l'estomac vertical, abandonnant ainsi les vieilles descriptions classiques qui nous le représentent horizontal. Ce fait a une grande importance chirurgicale, nous avons voulu le signaler. Une autre figure nous montre la fossette jejuno-duodénale accolée à la terminaison du duodénum. Nous sommes heureux de voir figurer dans un traité comme celui-ci ces fossettes péritonéales dont nous avons cherché à démontrer l'importance tant anatomique que chirurgicale. A propos du cæcum, l'auteur fait encore justice de l'ancienne opinion d'après laquelle cet organe était en rapport par sa face profonde avec le tissu cellulaire rétro-péritonéal. Une excellente planche nous montre le cæcum libre dans la cavité abdominale, entouré de toutes parts par la séreuse péritonéale. Voilà encore un fait réel que l'autorité de l'auteur finira par rendre classique, nous en sommes certain. Ne pouvant m'étendre plus, je signalerai encore la description et les planches qui ont trait à la disposition des voies biliaires extra-hépatiques. C'est un chapitre des plus intéressants, car la chirurgie hépatique est une de celles qui, nées d'hier, font des progrès énormes. Ces quelques remarques, et il y en a bien d'autres que je suis obligé de passer sous silence, montreront bien les importantes descriptions que M. Tillaux a ajouté dans cette édition de son traité. Tel qu'il est actuellement, il répond absolument au desideratum de la chirurgie présente. Le chirurgien trouvera toutes les notions nécessaires et exactes pour le conduire dans son acte opératoire, et l'étudiant possède une anatomie topographique aussi exacte que complète, je dirai plus encore, absolument moderne.

II. — Un traité d'anatomie descriptive ne se prête guère à une analyse brève comme celle que nous pouvons faire ici. Nous nous bornerons à donner une appréciation rapide du livre de M. Debierre. Tout d'abord nous tenons à reconnaitre une grande qualité de ce livre, c'est qu'il est au courant de toutes les découvertes anatomiques récentes. Pourtant nous nous permettrons d'ajouter de suite que tous ces faits nouveaux se trouvent en petits caractères ajoutés et non fusionnés au texte. Je crois que c'est là une lacune regrettable, et voici pourquoi. L'étudiant, car le livre est fait pour lui, lit d'abord tout ce qui est en grands caractères, pour lui c'est là la disposition classique, vraie, la seule qu'il doit connaitre. Ce qui se trouve relégué en notes ou en petits caractères, lui paraît être des assertions souvent sans valeur, il ne les lit pas, ou, si il les lit, il cherche à les oublier bien vite. Or, je suis convaincu que le but de l'auteur n'a pas été celui-là. Au courant de toutes les descriptions récentes ou anciennes, mais laissées dans l'ombre, M. Debierre, nous en sommes sûr, a voulu rompre avec la vieille habitude de présenter l'anatomie comme une chose absolument schématique et ne souffrant plus aucune

modification. Ce petit reproche n'a, bien entendu, aucune importance pour la valeur du livre, qui est appelé à rendre des énormes services à tous ceux qui désirent approfondir un peu les divers points de l'anatomie.

Je ne puis prendre chapitre par chapitre pour démontrer ce que je viens de dire. Je ne parlerai que d'un seul point anatomique, parce qu'il m'intéresse spécialement. Ainsi, la description du duodénum est donnée de deux façons différentes. En gros caractères, c'est la description classique de nos traités d'anatomie. Cette description tient deux pages. Puis deux autres pages en petits caractères sont consacrées à une description toute autre, celle que nous avons donnée le premier en France, mais qui avait été déjà vue, en partie, à l'étranger (1). Or le lecteur se demande laquelle des deux descriptions est la vraie, l'ancienne classique ou celle que nous avons soutenue. Je suis sûr que M. Debierre adopte cette dernière, car il l'a déjà défendue dans la thèse de son élève Fromont (th. de Lille, 1890). Voilà pourquoi j'ai insisté sur ce détail, mais, je le répète, c'est là le seul reproche que je puisse faire à cet excellent livre qui représente un grand progrès dans les traités d'anatomie descriptive. JONNESCO.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement intensif de la Tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées.

L'insuccès de la tentative de Koch a ramené les cliniciens aux médications précédemment appliquées à la tuberculose. Le traitement par la créosote, en particulier, est remis en honneur et vient d'entrer dans une voie nouvelle.

Déjà les travaux antérieurs, bien des fois rappelés, avaient déterminé le pouvoir toxique de la créosote à l'égard du bacille de Koch. Yersin, de l'Institut Pasteur, avait reconnu que cette substance, à la dose de 3 millièmes, tuait le germe tuberculeux, après deux heures de contact. D'autre part, Paul Guttmann avait constaté que les bacilles peuvent à peine vivre dans du sang stérilisé et additionné de créosote dans la proportion de 1/4000e, et que le développement s'arrête tout à fait quand le titre du mélange est en peu plus élevé. « Si donc, écrivait-il, il y avait possibilité d'introduire dans l'économie une quantité de créosote telle que le sang pût contenir pendant une longue durée 4 millièmes de créosote, on pourrait espérer que le développement du bacille y deviendrait impossible. Mais on ne peut introduire dans le corps une telle quantité de créosote.

« Si, en effet, on évalue la quantité du sang au 1/13 du poids du corps, il y aurait 4 kilog. 615 de sang dans le corps d'un homme de 60 kilog. Il faudrait donc qu'il y eût plus d'un gramme de créosote dans la circulation pour que le sang en contînt la proportion de 4/1000e. Mais combien de créosote faut-il introduire dans l'estomac pour que le sang atteigne ce titre de 4/1000e? Ceci échappe naturellement à tout calcul. » (P. Guttmann, Zeitschr, F. Klin, médic. B. XI. H. 5.)

Sans doute, comme le dit Sommerbrodt, on peut admettre que, en administrant 1 à 2 grammes de créosote par jour, le gramme qui a été absorbé la veille n'a pas encore disparu par décomposition avant que le gramme intégré le lendemain ne soit arrivé dans l'économie pour continuer l'action du premier. Mais, en réalité, ce n'est là qu'une hypothèse, et on ne sait pas exactement ce que devient la créosote quand elle a traversé les milieux digestifs.

Cette incertitude et la préoccupation de faire pénétrer dans l'économie une quantité réellement efficace de créosote a conduit les expérimentateurs à substituer la méthode sous-cutanée à l'ingestion stomacale. Il est incontestable d'ailleurs que c'est une voie beaucoup plus sûre pour introduire dans la circulation les médicaments dans leur intégrité.

(1) Voir : Jonnesco. *Anatomie topographique du duodénum.* Paris, 1889, et *Progrès médical*, 1889. — Jonnesco. *Hernies internes rétro-péritonéales, etc.* Paris, 1890. (Ouvrage couronné par l'*Académie de médecine de Paris*. Prix Laborie, 1890).

Les résultats obtenus, dès à présent, sont tout à fait surprenants. Que sont les doses quotidiennes de 1 à 2 grammes réclamées par P. Guttmann en comparaison de celles de 14 et même de 20 grammes que l'on est parvenu à faire absorber par l'hypoderme.

Ces injections sous-cutanées de doses très élevées de créosote ont été mises à la portée de tous les praticiens, grâce à l'initiative de quelques médecins éminents, et particulièrement du Dr Gimbert, de Cannes, et du Dr Burlureaux, professeur agrégé du Val-de-Grâce. C'est le Dr Burlureaux qui, à notre connaissance, a, le premier, abordé les doses véritablement massives.

Dans une communication récente, — mars 1891, — ce médecin annonce qu'il a pu injecter, au moyen d'un appareil spécial à air comprimé, muni d'une aiguille en or, de 50 à 100 et même 200 grammes d'huile créosotée au 1/15e, ce qui représente de 3 à 15 grammes environ de créosote.

Ces injections sont très bien supportées; à condition qu'on se serve de créosote rectifiée, distillée entre 200 et 210 degrés et ne renfermant pas d'acide phénique. La créosote est dissoute dans l'huile pure d'amandes douces, de faînes, d'olives ou d'arachides. L'injection doit être faite lentement; l'appareil ne doit pas fournir plus de 40 à 50 gouttes à la minute. L'opération dure ainsi quelquefois trois à cinq heures. Elle n'est pas douloureuse, elle est au moins très supportable. On choisit pour la piqûre tantôt la région fessière, tantôt les cuisses ou la région dorsale. Comme effet local, on ne constate qu'une rougeur érythémateuse; l'huile se résorbe habituellement sans laisser de trace appréciable. Une fois sur cinq environ, elle s'enkyste et ne disparaît qu'en cinq à quinze jours. Jamais il n'y a eu de suppuration. Rarement on a vu au niveau de l'injection des plaques dures, d'aspect sclérodermique. L'injection faite trop superficiellement détermine une mortification du derme de la dimension d'une pièce d'un franc. La répétition des injections dans une même région peut amener un épaississement progressif de la peau qui rend difficile l'introduction de l'aiguille.

Pour que les choses se passent de cette manière anodine, il est indispensable, dit l'auteur, d'employer des produits irréprochables.

M. le Dr Burlureaux a pu poursuivre ses expériences avec un produit de composition constante et tel que les résultats fussent toujours comparables, grâce au concours de M. Choay. A l'occasion de ces expériences cliniques, M. Choay a repris l'étude de la créosote par le principe, pour ainsi dire, et il vient de communiquer à la Société de Médecine pratique deux mémoires importants dont nous reproduisons les points qui intéressent le médecin praticien :

« On désigne sous le nom de *créosotes* les huiles lourdes qui proviennent de la distillation des goudrons de différentes essences végétales.

« Ce sont des mélanges dont la composition varie avec les goudrons générateurs et avec la manière dont la distillation a été conduite.

« Les corps énumérés ci-après ont été signalés dans la créosote de hêtre provenant des fabriques du Rhin :

Acide phénique	passant à la distillation à	182°
Gaïacol	»	200°
Crésylol	»	203°
Créosol	»	217°
Phlorol	»	220°
etc., etc.		

« On voit par là que si l'on recueille les produits qui distillent avant 200°, on recueillera des créosotes qui renferment surtout de l'acide phénique (produits de tête); si l'on distille au delà de 210° on recueillera les produits autres que le *gaïacol* (produits de queue). Le Codex, dans le but d'obtenir un produit uniforme, a fixé entre 200 et 210° les températures auxquelles doit s'effectuer la distillation. Dans ces conditions, la *créosote officinale* est en majeure partie formée de gaïacol bouillant à 200°, uni à des crésylols et à une petite quantité de créosol.

« C'est un liquide de densité 1,067, neutre au tournesol, donnant avec le perchlorure de fer neutre une coloration verte. Mais les créosotes commerciales sont loin de répondre à de telles exigences. Sur 33 échantillons de créosote du commerce examinés au point de vue de la densité, deux seulement répondaient à la densité normale.

« Les conclusions du travail de M. Choay sont les suivantes : les créosotes commerciales ont pour caractère commun leur faible teneur en *créosote officinale* et la variabilité des produits accessoires. Tantôt elles sont relativement chargées d'acide phénique, tantôt elles renferment seulement un grand excès de phénols supérieurs et de leurs dérivés, d'autres fois l'acide phénique et ces phénols s'ajoutent à la créosote officinale.

« Nous avons pensé qu'en raison de la destination toute spéciale de notre créosote il y avait intérêt à ne pas injecter un mélange trop pauvre en gaïacol ou qui fût additionné d'acide phénique ou de phénols supérieurs dont l'absorption sous-cutanée peut entraîner des dangers.

« Le mieux serait assurément de recourir exclusivement à l'emploi d'un corps chimiquement défini, comme le *gaïacol* — méthylpyrocatéchine, — puisqu'il constitue la majeure partie de la *créosote officinale*. Mais si l'on veut s'en tenir à la créosote, il faut, pour compter sur un effet thérapeutique constant, ne faire usage que d'un mélange de composition toujours identique.

« Pour réaliser cette condition nous préparons une créosote officinale d'après les exigences du Codex, et nous l'appelons *créosote alpha* pour la distinguer des prétendues créosotes officinales du commerce. Car on peut dire, en vérité, qu'il n'existe pas actuellement de créosote officinale dans le commerce. » (*A suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Clinique Chirurgicale; par U. Trélat. (Leçons publiées sous la direction de P. Delbet.) — Baillière, Paris, 1891, 2 volumes.

A la première page de ces *Cliniques*, nous aurions aimé à revoir, suivant la mode anglaise, les traits de cette grande figure, l'image, si vivante, du Pr Trélat qu'un artiste de valeur grava pour la brochure publiée par ce journal à l'occasion des obsèques de ce maître regretté.

Pour mieux faire revivre cette vive intelligence, ce chirurgien habile — artiste lui-même d'un goût si délicat! — ses élèves ont préféré au burin du graveur la plume si autorisée et si parisienne d'un admirateur passionné, d'un ancien chef de clinique chéri entre tous. Inclinons-nous. Nous n'avons fait qu'y gagner les huit fort belles pages qui servent de préface à ces deux gros volumes. Mais on nous accordera bien qu'il n'y aurait pas eu double emploi à joindre le dessin à la légende!

Nous qui, au *Progrès médical*, avons consacré au Pr Trélat le long article que l'on sait, nous n'avons pu, sans émotion, relire cette vibrante introduction, si bien pensée, si finement écrite, par notre cher maitre, M. le Dr Segond. Que ceux qui n'ont point connu cette puissante personnalité qui s'appelait Trélat, cette joie de vivre et ce je ne sais quoi de fort qui se dégageait de cet homme tout entier quand il parlait ou agissait, parcourent ces quelques lignes. Ils verront quelle perte, ce jour-là, notre Faculté a faite, quel vide ce Parisien dans l'âme y a laissé, vide qui, hélas! n'a pas été comblé.

Mais nous nous laisserions facilement entraîner sur un chemin où nous ne devons plus nous égarer. Revenons aux Cliniques. On trouvera dans cet ouvrage les principales leçons de ce professeur incomparable et les plus connus de ses écrits. Les unes ont été publiées par Trélat lui-même, de son vivant: elles sont signées par l'allure même du style de cet orateur si original. Comme le style est bien l'homme lui-même! Les autres ont été rédigées par ses élèves; chacune d'elles est empreinte des qualités propres à chacun de ces jeunes chirurgiens (1). C'est M. P. Delbet, ancien interne de Trélat, qui les a réunies, revues, fait imprimer. C'est lui qui a complété celles qui n'étaient qu'ébauchées. Nous lui adressons toutes nos félicitations pour le soin avec lequel il a accompli cette œuvre pieuse.

Peut-être eût-il été bon de citer les journaux où un certain nombre de ces leçons ont paru jadis? C'eût été un excellent moyen de les distinguer de celles qui jusqu'à aujourd'hui étaient restées inédites. Mais ne chicanons point trop en pareille matière : tout l'honneur a été pour les journaux qui ont pu jadis obtenir semblable copie! Peut-être l'éditeur eût-il dû aussi sacrifier un peu plus aux exigences des bibliophiles modernes, recommander l'emploi, de temps à autre, de caractères différents, pour faciliter la lecture des chapitres les plus longs. Certes, nous n'ignorons pas que cela eût augmenté les frais de cette publication dans une certaine mesure. Mais quand il s'agit d'œuvres d'aussi longue haleine, résumant la vie chirurgicale tout entière d'un chirurgien tel que Trélat, de volumes d'un placement aussi facile que tous ceux qui ont pour estampille la marque de notre Faculté, il nous semble que l'on pourrait être plus prodigue, tout en restant dans les limites d'une saine prudence commerciale.

Quoi qu'il en soit, il n'en est pas un seul, de ces nombreux étudiants qui, à Necker ou à la Charité, ont entendu ces utiles leçons, qui ont assisté aux brillantes cliniques de celui dont nous regretterons toujours de n'avoir pu être l'interne, qui ne voudra avoir sur les rayons de sa bibliothèque, à portée de sa main et en face de lui, ce qui constitue désormais la partie la plus importante de toute l'œuvre de ce maître regretté. A ceux qui ne l'ont pas connu, il n'y a qu'un mot à dire : Vous trouverez là une bonne partie de lui-même! Marcel Baudouin.

(1) Nous rappellerons qu'une partie notable de ces leçons ont été publiées ici même par MM. Ory, P. Reclus et surtout Ch.-H. Petit-Vendol. (B.).

VARIA

La Médecine et les Médecins au Salon des Champs-Elysées (1891).

Une visite, une seule, à travers les salles de l'Exposition de peinture des Champs-Elysées suffirait certainement pour voir et apprécier tous les tableaux qui offrent quelque intérêt au point de vue scientifique ou médical; mais les premiers jours le Salon est envahi par les mondains et les mondaines capables de distraire le critique le mieux disposé à un examen sérieux.

C'est d'abord le vernissage, journée tumultueuse où s'exhibent pour la première fois les toilettes printanières, puis le vendredi, jour select, qu'adoptent les gens dédaigneux des foules, enfin le *gratuit* qui enveloppe d'une poussière égalitaire les modèles curieux de se retrouver et les visiteurs endimanchés.

Maintenant que les galeries se vident et que seules les toiles tapageuses et de grandes dimensions attirent le public, nous pouvons commencer, ensemble si vous le voulez, une promenade descriptive. D'ailleurs, cette année, je ne sais pourquoi, peu ont abordé ces sujets d'un genre spécial qui nous occupent exclusivement en ce journal. On se souvient encore de *La Leçon de M. Charcot à la Salpêtrière*, *La Vaccine de la rage au laboratoire Pasteur*, *Ambroise Paré pratiquant la ligature des artères sur un amputé* (siège de Metz) et du *Claude Bernard* de M. Lhermitte, tableaux qui firent l'attrait principal des précédentes expositions. Le nu des tables de dissection, la tristesse qui émane des lits des moribonds et le tablier maculé de sang des carabins groupés autour du clinicien ne tentent plus nos modernes Rembrandt.

Je ne serais pas éloigné de croire que de pareilles toiles sont d'un placement difficile et que les Mécènes hésitent à les placer dans leurs salles à manger. Il faut donc une commande de l'Etat et l'Etat ne saurait accéder à toutes les demandes.

M. André Brouillet, du moins, est resté fidèle aux études médico-chirurgicales. Le jeune peintre qui a déjà enlevé plusieurs médailles et attend de nouveaux succès nous a donné *L'Ambulance de la Comédie-Française en* 1870. C'est une page d'histoire admirablement peinte qui nous rappelle nos malheurs et nos défaites, mais qui nous réconforte à l'idée de savoir que cette guerre néfaste fit naître tant de dévouements.

Les hôpitaux étaient pleins; partout s'organisèrent des ambulances, et ceux qui ne pouvaient marcher à l'ennemi, les vieillards et les femmes, avec une abnégation et un courage

dignes d'éloges prodiguaient leurs soins aux blessés et aux malades. L'Odéon et le Théâtre-Français furent des premiers à se transformer en infirmeries, et les vaillantes artistes de ces théâtres rivalisèrent entre elles de zèle et d'énergie. C'est pour ceux et pour celles qui firent leur devoir un précieux souvenir de l'Année Terrible.

Nous sommes dans la galerie des bustes et l'on peut voir Voltaire, assis dans son fauteuil, qui regarde d'un œil narquois cette scène de désolation. Une seule rangée de lits. Au premier plan un soldat couché ; le docteur explore la blessure du bras gauche, tandis qu'une femme blonde agenouillée et tournant le dos au public semble consoler le blessé. Un bassin plein de sang est au pied du lit. Une sœur apporte une gouttière ouatée pour y placer le bras.

A droite du tableau un officier de marine, la tunique entre-ouverte, est soutenu de chaque côté par deux actrices. Une autre dame de la Comédie-Française s'avance à sa rencontre. Dans le fond, l'interne fait la visite des derniers lits. Telle est cette scène d'une grande simplicité où se meuvent seulement quelques personnages, mais qui est d'un effet très empoignant. M. André Brouillet, habitué aux chaudes colorations, a choisi au contraire une tonalité un peu grise, de sorte que se dégage de là une impression de mélancolie intense. Seule l'impassibilité de la sœur de charité semble un peu forcée et sa réelle beauté nous a fait songer que quelques-unes de ces servantes de Dieu, jetant aux orties le voile, se sauvèrent, après guérison, avec ceux qu'elles avaient soigné avec tant d'intérêt. On s'arrête beaucoup devant l'ambulance de la Comédie-Française, et c'est justice comme on dit au Palais, mais il faut avouer que c'est parfois par simple curiosité. Comme dans un roman à sensation, on cherche à mettre un nom sur les principaux personnages et il est amusant d'entendre les papotages des gens bien informés. Voici, pour nos lecteurs, la clef de cette énigme, d'après des renseignements d'autant plus certains qu'ils sont dus à l'obligeance de M. Brouillet lui-même.

Le docteur qui panse le soldat est le Dr Alfred Richet, « le père Richet », comme l'appelaient ses élèves, et qui était alors chirurgien en chef des ambulances. Il est bien ressemblant. La femme agenouillée est Mlle Emilie Dubois. Les deux sociétaires qui s'empressent auprès du marin sont : à sa droite Mlle Favart et à sa gauche Madeleine Brohan. Mlle Reichenberg les suit de près. Enfin l'interne du Dr Richet est le Dr Hubert, aujourd'hui médecin oculiste.

Une autre toile nous requiert au passage, et, pour être de la médecine illégale, elle n'a pourtant pas été condamnée par le Jury. *Chez tes Sœurs*, de M. Laurent-Desrousseaux, nous initie à une consultation de maladies des yeux.

Deux sœurs aux cornettes pointues sont en train d'exercer leur petit métier. L'une d'elles s'apprête à toucher au crayon une fillette granuleuse, tandis que sa compagne imbibe une compresse. Sur un banc un vieillard tient sur ses genoux un petit garçon à l'air éveillé et une petite fille avec un bandeau sur l'œil. Il attend son tour. Dans le fond une femme, probablement la mère de la patiente, se lamente, peut-être avec raison.

Un farceur, sans respect pour la gravité du sujet, murmure à mon oreille que c'est une consultation *à l'œil*. Oh ! alors. Peinture un peu criarde, mais d'un dessin assez soigné. Il parait que M. Laurent-Desrousseaux est un jeune, ce qui ne m'étonnerait pas outre mesure.

Honneur au beau sexe ! Les femmes qui font communément de la médecine, voire de la chirurgie, peuvent bien manier la brosse et les pinceaux. Elles s'élèveront difficilement jusqu'au génie, mais si elles veulent se spécialiser dans les natures mortes, les fleurs et les paysages, nul doute qu'elles pourraient s'y montrer d'une supériorité marquée. Mais c'est peut-être trop leur demander.

Mlle Marie Heyermans nous envoie de Rotterdam *Un hospice de vieillards à Bruxelles*. C'est une salle d'hôpital avec deux rangées de lits. Assise sur une chaise, une vieille femme, la tête appuyée sur le lit, est profondément endormie. Une autre pensionnaire, courbée par les ans et marchant difficilement, s'aide de son bâton pour regagner sa place. A gauche, le docteur compte les pulsations d'une malade et garde son chapeau sur la tête. Après tout ça se fait peut-être à Bruxelles. Au centre, une table chargée de fioles remplies d'un liquide louche. Les draps sont rigides et mal peints, mais les deux bonnes femmes sont cassées et ratatinées à souhait. Tout de même, bravo mademoiselle.

Mme Laure Brouardel, la femme de notre éminent doyen de la Faculté de médecine, s'adonne aussi à la peinture et ce serait dommage qu'elle ne s'y adonnât pas. Son *Portrait de Mme la baronne Th...* est d'une finesse de touche remarquable et d'un bon coloris. L'aïeule, avec ses papillotes qui s'étagent sur son front, respire en même temps la bonté et la distinction.

Il faut, et pour cause, se rabattre sur les inévitables portraits. On nous avait annoncé qu'il y en avait peu, par suite des rigueurs de Messieurs les Jurés, mais le nombre en est encore suffisamment raisonnable et nous n'avons pas trouvé de ces caricatures qui compromettent la dignité des malheureux exposés.

C'est d'abord, parmi ceux qui peuvent être placés comme hors de pair, le *Portrait de M. le Pr Lannelongue*, par Paul Dubois, membre de l'Institut. Le professeur revêtu de sa robe rouge a sur la poitrine la croix de la Légion d'honneur et les palmes académiques. Un imperceptible sourire erre sur ses lèvres, ses yeux pétillent de malice et ses cheveux drus ont un petit air de révolte. C'est simplement un petit chef-d'œuvre.

Moins remarquable le *Portrait de M. le Pr Fournier*, par Ch. Landelle, mais cependant dans la bonne moyenne et bien ressemblant. M. le Pr Fournier, en redingote noire, sourit plus ouvertement. Peinture un peu trop léchée.

Qui ne reconnaîtra le *Dr Després* à l'expression ironique de son visage? Son *Portrait* est l'œuvre de Franzini d'Issoncourt (attention, typos). Le docteur assis dans un fauteuil, la main dans une attitude familière, développe quelque paradoxe, probablement contre la laïcisation des hôpitaux. On dirait toujours qu'il se moque. Assis également, le *Dr Huchard*, dont le portrait est signé par M. Umbricht. La table classique est là avec les accessoires ordinaires : livres, journal médical et un stéthoscope. Le Dr Huchard est frais et rose, ce qui doit inspirer la plus grande confiance à ceux qui viennent le consulter.

— Tiens, le portrait de Victor Hugo !

Telle est l'exclamation générale devant le n° 252, c'est en effet le large front et l'attitude pensive du grand poète, mais le catalogue consulté nous apprend que ce sont les *Portraits de M. le Dr A. M... et de Mme M...* Paul Buffet *pinxit*. A part cette ressemblance qui doit être bien gênante, rien de saillant dans cette scène de ménage.

La famille *Mousseaud*, une famille médicale, est au grand complet. Deux peintres se sont disputés l'honneur de les portraicturer. M. Lenoir s'est chargé de reproduire les traits du père, et M. Barbotin, un jeune graveur de talent, dont il faut retenir le nom, a habilement brossé le blond visage du fils. Portraits d'une bonne facture.

M. Mousseaud fils porte un superbe pardessus de fourrures et il est consolant de penser que l'on peut arriver, par l'exercice de la médecine, à se payer de pareilles douceurs pour l'hiver.

Citons, pour en finir avec les œuvres picturales, le *Portrait du Dr Maret*, par M. Marioton et le *Portrait du Dr P...*, par M. Pichot, dont nous n'avons rien à dire.

Enfin, il serait de la dernière inconvenance de ne pas signaler le *Portrait de M. le Dr P...*, par Mlle Philippar-Quinet. Cette demoiselle semble avoir une préférence marquée pour les praticiens, ce dont nous ne saurions la blâmer. Déjà, en 1889, elle exposait un Dr P... Serait-ce le même ?

Et si nous omettons, involontairement, dans cette causerie déjà trop longue, quelque œuvre méritante, nous réparerons la prochaine fois notre oubli. Pour aujourd'hui nous sommes à bout d'épithètes louangeuses et la migraine nous a pincé au détour des galeries empoussiérées. Marcel BAILLIOT.

L'Hygiène de la Miction... chez la Femme.

Il y a bien longtemps que nous nous sommes demandé pourquoi les municipalités s'obstinaient à ne pas installer dans les rues des Vespasiennes gratuites à l'usage des femmes. C'est pourtant là une question d'hygiène au premier chef ! Et il n'est pas admissible que l'on force plus longtemps les vessies du sexe faible à ne pas expulser, quand un besoin pressant se fait sentir, ce que les Précieuses appelaient le superflu de la bois-

son ! On me pardonnera de m'immiscer ici dans cette question de... miction, quoique je sois médecin, et que *Nihil humani a me alienum puto*, si l'on veut bien lire le jugement suivant qui vaut son pesant d'or pour un clinicien :

Attendu que la demoiselle X... est prévenue d'avoir commis une contravention à l'article 1er de l'ordonnance de police du 23 février 1850 ; Attendu que, le fait matériel étant constant et reconnu, il reste à examiner si, « par suite d'une nécessité absolue », la prévenue n'a pas été forcée d'agir comme elle l'a fait, s'il n'y a pas là un cas de force majeure de nature à faire disparaître la contravention ; Attendu que si, dans les rues de Paris, les hommes trouvent toutes les facilités pour satisfaire les besoins que la nature leur impose, il n'en est pas de même pour les femmes ; Que, sans parler des chalets de nécessité où se paye une rétribution, les hommes ont à leur disposition de nombreuses vespasiennes où il leur est permis d'entrer gratuitement, qu'ils peuvent également s'arrêter à des endroits désignés à cet effet le long des murs ou des monuments publics ; Que les femmes n'ont, au contraire, aucun emplacement qui leur soit réservé ; que, d'un autre côté, la pudeur naturelle à leur sexe leur interdit l'accès des endroits réservés aux hommes ; que si un certain nombre de femmes peuvent se donner le luxe d'entrer dans les chalets de nécessité, celles qui ne le peuvent n'en sont pas moins soumises aux mêmes exigences ; Que, si ces dernières, prises d'un besoin pressant que la nature les met dans la nécessité absolue de satisfaire, n'observent pas strictement les prescriptions de l'ordonnance du 23 février 1850, elles ne commettent pas nécessairement pour cela une contravention ; Attendu que l'article 1er de cette ordonnance ne saurait être interprété autrement sans inconvénient pour la santé publique ; Attendu que, dans les circonstances spéciales de l'affaire, la prévention n'est pas établie, Par ces motifs, Renvoie la demoiselle X... de la prévention sans amende ni dépens...

Voilà un juge de paix qui comprend les... besoins de la femme ! Et dire que toute la magistrature en est là ! M. B.

Secours aux Blessés en temps de Guerre.

(*Exercices d'installation d'une Infirmerie de gare et d'un Hôpital Temporaire*).

La Société de la Croix-Rouge a fait procéder à Reims, au commencement de la semaine, à un important exercice de mobilisation de tous les services nécessaires à l'installation d'une infirmerie de gare et d'un hôpital temporaire. Elle a eu lieu en présence de généraux, sous la direction du Dr Weill, ancien médecin principal de l'armée, chef d'infirmerie de gare ; du Dr Henrot, maire de Reims ; du Dr Decès, médecin-chef de l'hôpital temporaire, et de nombreuses notabilités médicales de la région de l'Est. Deux cent dix-huit infirmiers volontaires ont procédé à l'installation de l'infirmerie de gare. Des soldats ont simulé des malades et des blessés. Les médecins des différents forts ont fonctionné comme ils auraient à le faire en temps de guerre, faisant enlever les blessés des wagons et des voitures, délivrant les feuilles de diagnostic et d'admission, rectifiant les pansements. L'installation de l'hôpital temporaire n'a laissé absolument rien à désirer. L'établissement a été organisé sous la présidence de Mme la générale Voisin, et d'un groupe d'infirmières appartenant aux premières familles de Reims. M. Decès a procédé à une visite des malades et des blessés; il a reconnu que cet hôpital temporaire pourrait se mobiliser dès les premiers jours d'une déclaration de guerre.

Le Président de la République aux Hospices d'Orléans et à l'Orphelinat Serenne.

Nous avons eu l'occasion de suivre, la semaine dernière, la visite de M. le président de la République lors de son voyage à Orléans, à l'Hôtel-Dieu de cette ville. La réception faite à M. Carnot a été simple et touchante. Les administrateurs des hospices et tout le personnel médical et administratif se tenaient dans un salon orné de tapisseries des Gobelins, improvisé avec goût sous la voûte d'entrée de l'Hôtel-Dieu. Nous avons remarqué parmi les chefs de service, MM. Chipault, chirurgien en chef, Pilate, Halmagrand, Patay, Luizy, chirurgiens, M. Brechemier, chirurgien honoraire, MM. Arqué, médecin en chef, Beaurieux, médecin de l'Hopital général, Geffrier, médecin en chef des Enfants-Malades, les Drs Rocher, Fauchon ; le docteur Verdureau, médecin en chef honoraire, Deshayes, chirurgien de la Maternité, Riu, médecin du quartier des aliénés, le chef du service de santé du 5e corps et les médecins et chirurgiens de la garnison, etc., etc. Le président, accompagné de M. Léon Bourgeois, ministre de l'Instruction publique, du préfet, du maire et des adjoints d'Orléans, de MM. Eug. Fousset, sénateur, F. Rabier, Viger, Cochery et Lacroix députés, a successivement visité une salle de médecine et deux salles de chirurgie. Nous avons été heureux de constater qu'il a été créé, dans chacun des deux services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, une salle d'opérations et une salle d'isolement pour les opérés, ce qui n'existait pas il y a quelques années et où les malades n'étaient même pas endormis, par ordre de l'administration, pendant les opérations les plus douloureuses !

Grace à l'initiative du Dr Chipault, les choses ont changé, et aujourd'hui les malades de l'Hotel-Dieu d'Orleans trouvent dans son excellent service de chirurgie un confortable et des soins en rapport avec l'antisepsie actuelle. Quant aux instruments pour les opérations, outre ceux de l'Hotel Dieu, M. Chipault possède encore, dans son service, une armoire spéciale contenant une autre serie d'instruments, a lui appartenant, destinée à remédier à l'insuffisance des autres.

Nous n'avons malheureusement pas pu visiter les locaux affectees aux militaires, mais il nous a éte donné de voir une salle neuve d'autopsie bien éclairee, avec cinq tables de pierre et cabinet spécial pour le medecin ou le chirurgien.

La visite du Président terminée, le cortège, après avoir parcouru différents autres établissements, s'est rendu pour l'inauguration d'un orphelinat, l'orphelinat Serenne. Cette maison, destinée à recueillir des enfants assistés de la ville d'Orleans, se compose d'un immense batiment tres luxueux, flanqué de deux ailes ou pavillons latéraux. En avant de cet edifice se trouve une cour, en arrière un jardin réservé exclusivement au directeur. Les locaux, grandiosement aménagés, avec cheminees monumentales au rez-de-chaussée, semblent prétentieux pour l'usage auquel ils sont destinés. Les étages supérieurs, premier et deuxième, sont également construits avec un luxe qui fait honneur à l'architecte, mais qui est loin de répondre aux besoins d'une maison d'assistance et dont l'entretien sera onéreux pour les finances de la ville. Quant au mobilier, tables scolaires, literie, etc., il nous a semblé bien défectueux. Les lieux d'aisances sont également mal compris, sans ventilation aucune et sans chasses d'eau. Quant à l'infirmerie, quoiqu'elle soit située dans une partie du pavillon de droite, le seul avançant sur le derrière du batiment principal, il eût été facile de l'isoler complètement et d'éviter ainsi, comme on doit le faire, le transport des malades graves de l'orphelinat à l'Hôtel-Dieu, ces derniers enlevant ainsi des lits vacants aux malades de la ville. Les urinoirs et lieux d'aisances situés également dans la cour d'honneur, presque en face le perron d'entrée, toujours sans chasses d'eau (pour ne pas emplir la fosse) sont du plus regrettable effet et seront, surtout l'été, une cause d'infection permanente. On voit par cela que, malgré la bonne volonté des conseillers municipaux et tout le talent des architectes, il n'y a rien de plus difficile que de construire un établissement hospitalier. Pareille chose arrive dans toutes les villes et même à Paris. Quand donc les commissions municipales, avant d'entreprendre de semblables travaux, s'adjoindront-elles des hommes compétents, capables de remédier à tous les inconvénients que le zèle ou l'enthousiasme des gens les mieux disposés à bien faire laissent trop souvent surgir par ignorance ? Quand donc comprendra-t-on qu'en toutes choses il faut considérer la fin, et que pour arriver à une bonne fin, l'avis de tous les spécialistes en construction, en comptabilité comme en hygiène, est nécessaire? Telles sont les réflexions que nous nous faisions en voyant la voiture du Président et celles de sa suite escortées des chasseurs à cheval quitter l'orphelinat Serenne. A. ROUSSELET.

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 19. — 2e de *Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Bar, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Dieulafoy, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Tarnier, Le Dentu, Campenon. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Legroux, Hanot.

MERCREDI 20. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Segond, Tuffier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Netter. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Terrillon, Ricard, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Grancher, Straus, Marie.

JEUDI 21. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Remy, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Legroux, Quinquaud.

VENDREDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tillaux, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Brissaud.

SAMEDI 23. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Debove, Hutinel, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Schwartz, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Humbert, Bar. — (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier. — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 20. — M. Zentler. Des rapports du poids du fœtus au poids du placenta. — M Picot Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. — M. Dubost. Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérales.

JEUDI 21. — M. Gremaud. De l'influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses. — M. Lasvenes. De la maladie de Basedow développée sur un goitre ancien. — M. Piotay Des pleurésies tuberculeuses. — M. Schneller. Considérations sur la tuberculose rénale. — M. Pineau. Considérations sur l'allaitement. — M. Duma. Traitement du varicocèle par la résection du scrotum.

Enseignement médical libre.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr DESNOS, 15, rue Malebranche. Lundis, mercredis et vendredis à 4 h. 1 2.

Maladies des yeux. — M. le Dr KOENIG : Conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux.* Amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique de la Faculté de médecine, le samedi et le mardi à 8 heures du soir.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — MM. les Drs LUBET-BARBON et Alfred MARTIN, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2. La durée du cours est de deux mois. S'adresser à la clinique, 19, rue des Grands-Augustins, le mardi, jeudi et samedi, de 2 à 4 heures.

Technique microscopique. — M. le Dr G. DUBAR (à la Charité), le lundi, à 8 heures du soir.

Enseignement municipal supérieur.

Amphithéâtre d'Anatomie. — Programme des cours de la saison d'été (année 1891). — 1° *Cours de médecine opératoire :* MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les *Cours de médecine opératoire* ont commencé le lundi 6 avril 1891, à quatre heures — 2° *Conférences d'histologie* : Des conférences sur l'*Histologie normale et pathologique* continueront à être faites par M. le Dr BOURCY, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Cours de Biologie. — Professeur, M. G. POUCHET, à l'hôtel de ville, le lundi 2 mars, à 8 h. 1/2 du soir.

Cours de Pisciculture. — M. JOUSSET DE BELLESME, lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures. (Mairie du Ier arrondissement).

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY, médecin de l'hôpital Laënnec, le jeudi 30, à 10 heures.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMAN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredis et samedis à la même heure.

Conférences de gynécologie clinique et opératoire (*Hôpital Lourcine-Pascal*). — M. le Dr S. POZZI a commencé ce cours le lundi 11 mai, à 9 h. 1/2, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Clinique chirurgicale infantile : — M. le Dr de SAINT-GERMAIN (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), le jeudi 23 avril, à 9 heures.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. RICHELOT (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2. Visite des malades, à 9 heures, à la salle Civiale.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le Conseil de guerre d'Alger a condamné à mort le soldat Gna..., qui avait frappé d'un coup de poing au visage le médecin-major de son régiment, qui refusait de le reconnaître malade.

MORT PAR LA FULGURATION. — Le premier orage qui ait éclaté, cette année, en Lorraine, le 10 mai, a fait deux victimes. E. Lej..., ouvrier du chemin de fer, qui se rendait de Vallerange à la gare de Morhange, a été tué par la foudre. La foudre a frappé également et tué sur le coup M. D..., hôtelier à B..., qui se tenait sur le pas de sa porte.

HYGIÈNE DES VILLES. — Il vient d'être créé récemment à Orléans un poste d'inspecteur-chef des services municipaux chargé de l'hygiène de la ville. Le Dr Beaurieux, conseiller municipal, a été désigné pour cette fonction.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr P.-J.-Henri CAZIN (de Berck).

M. le Dr Pierre-Joseph-Henri CAZIN, médecin-chirurgien de l'Hôpital de Berck-sur-Mer, a succombé à Berck, le 6 mai dernier, après une longue maladie et ses obsèques ont eu lieu, dans ce pauvre village qu'il a tant contribué à faire connaître, le dimanche 10 mai. Il était âgé de 55 ans.

Le nom de H. Cazin restera attaché tout entier à l'Hôpital maritime où il a passé sa vie.

Fils du Dr Cazin, praticien distingué, reçu interne des hôpitaux de Paris en 1860, dans un très bon rang, de la même promotion que les Prs Cornil et Ranvier, Cazin, sa thèse passée (*Étude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin*, 1862), alla s'installer à Boulogne.

Il fut nommé médecin-adjoint à Berck, le 7 juin 1872 ; puis, après le décès de son beau-père, M. le Dr Pérochaud (de Montreuil), créateur de cette plage, médecin titulaire le 15 mars 1879.

En 1885, il publia une très intéressante brochure sur les *Établissements hospitaliers de Berck-sur-Mer* (Paris, 1885) où l'on trouvera décrit le grand Hôpital, dépendance de l'Assistance publique, celui de la famille Rotchschild, et les maisons de santé particulières, fondées au début du lancement de cette plage. Mais on lui doit encore entre autres publications importantes : *De l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants* (ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix Capuron), 1 vol. de 587 p., 1885 ; — *Des tubercules de l'estomac, spécialement chez les enfants*, 1881 ; — *Des varices pendant la grossesse et l'accouchement* (mémoire couronné par l'Académie de médecine), 1881 ; etc., etc. Nous signalerons enfin, en terminant, un mémoire couronné par l'Académie de médecine (Prix de l'Hygiène de l'enfance) fait en collaboration avec l'un de ses anciens internes, M. le Dr Iscovesco, intitulé : *Rapports du rachitisme avec la syphilis.*

Artiste et littérateur par délassement, Cazin est l'auteur d'une petite comédie en vers : *Un conte de la Fontaine*, jouée en 1876 au théâtre de Boulogne-sur-Mer. Il a fait dans cette ville des cours et des conférences à l'Association Polytechnique et à la Bibliothèque populaire. Cazin était membre correspondant de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine (1885, 2e section). Il était chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. Marcel B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 3 mai 1891 au samedi 9 mai 1891, les naissances ont été au nombre de 1290 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 518 ; illégitimes, 161, Total, 679. — *Sexe féminin :* légitimes, 440 ; illégitimes, 171, Total, 611.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2.225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 3 mai 1891 au samedi 9 mai 1891, les décès ont été au nombre de 1130 savoir : 608 hommes et 522 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 7, T. 10.— Variole : M. 0. F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 22, F. 20, T. 42. — Scarlatine : M. 7, F. 2, T. 9. — Coqueluche : M. 0, F 3, T. 3 — Diphtérie, Croup : M. 15 F. 20, T. 35. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 138, F. 91, T. 229 — Autres tuberculoses : M. 13, F. 9, T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 8, T, 9 — Tumeurs malignes : M. 21, F. 28, T. 49. — Méningite simple : M. 13, F. 19 T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 22, F. 23, T. 45. — Paralysie, M. 1, F. 4, T. 5 — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 4, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 36, T. 66. — Bronchite aiguë : M. 16, F 14, T. 30 — Bronchite chronique : M. 22 F. 18, T. 40. — Broncho-Pneumonie : M. 21, F. 23, T. 44. — Pneumonie : M. 36, F. 35, T. 71. — Gastro-entérite, biberon, M. 22, F. 16, T. 38 — Gastro-entérite, sein : M. 2. F. 6, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 4, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 · Débilité congénitale : M. 26, F. 15, T. 41.— Sénilité : M. 16, F. 21, T. 37.— Suicides : M. 16, F. 9, T. 25. — Autres morts violentes : M. 17, F. 3, T. 20. — Autres causes de mort : M. 116, F. 71, T. 187. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 89, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 35, illégitimes, 17. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 28, illégitimes, 9. Total : 37.

Faculté de médecine de Paris.—*Concours de l'Adjuvat.*— La composition écrite a eu lieu lundi dernier : *Muscles du voile du palais* (anat. et physiol.). — Jury : MM. Duval, président; Farabœuf, Tillaux, Reynier, Poirier. — Candidats : MM. Baillet, Brodier, Souligoux, Ceston, Delbet, Genouville, Morestin.

Concours de prosectorat — Le jury est composé de la façon suivante : MM. Tillaux, Ch. Richet, Farabœuf et Poirier. Juges suppléants : Duplay et Verneuil.

Clinique chirurgicale. (Hopital Necker). — *Chirurgie générale* ; Visite et examen des malades. Tous les matins à 9 heures, sauf le jeudi. Salle Malgaigne (hommes), les lundis, mercredis et vendredis. Salle Lenoir (femmes), les mardis et samedis. — *Leçons cliniques suivies d'opérations les mardis et vendredis à 9 heures et demie précises* : Conférences de séméiologie élémentaire par M. le Dr Lyot, chef de clinique, le lundi à 10 heures et demie. Exercices pratiques de bandages et démonstration d'appareils, par M. Mauclaire, interne du service, le mercredi à 10 heures et demie. — *Gynécologie* : *Opérations abdominales*, le jeudi à 9 heures précises au pavillon spécial. Mardis et samedis, consultation externe spéciale pour maladies de femmes par M. le Dr Pichevin, tous les mardis et vendredis à 4 heures. — *Anatomie pathologique et bactériologie* : Démonstrations pratiques dans le laboratoire de la clinique chirurgicale tous les jeudis à 10 heures par M. Fabre Domergue, chef de laboratoire.

Hôpitaux de Paris —*Concours du Bureau central* (médecine) (2e concours). — 71 candidats se présentent : MM Achard, Bélin, Barbier, Berbez, Barbe, Georges Baudouin, Bloch (P.), Bruhl, Besançon, Bourcy, Beclère, Capitan, Cayla, Collin, Despreaux, de Gennes, Duflocq, Darier, Durand-Fardel, Dalché, Deschamps, Dubief, Delpeuch, Duplaix, Gilles de la Tourette, Florant, Gillet, Guinon (L.), Girode, Giraudeau, Guinon (G.), Gallois, Gaume, Gauchas, Hudelo, Havage, Legry, Klippel, Jeanselme, Lannois, Legendre, Lesage, Lyon, Lebreton, Lalitte, Lermoyez, Martin de Gimard, Méry, Mathieu, Menétrier, Morel-Lavallée, Marlan, Œttinger, Nicolle, Poupon, Polguere, Pignol, Ribail, Robert, Queyrat, Raymond, Roger, L.-R. Regnier, Springer, Wurtz, Weber, Widal, Vaquez, Tissier, Toupet, Thoinot. Le jury est constitué : M. Hérard, président; MM. Cadet de Gassicourt, Daguet, Boques, Chauffard, Brissaud et Le Dentu. — L'épreuve écrite a eu lieu mardi dernier : *Des myocardites aiguës* (anat. path., pathogénie et symptomatologie). Les autres questions restées dans l'urne, étaient : *De l'artérite syphilitique* et des *abcès intrahépatiques*. On a commencé à lire les copies le jeudi 14 mai, à 4 heures, à la Charité.

Assistance des femmes enceintes. — Samedi 9 mai, à huit heures et demie du soir, le Pr F. Pinard a fait une conférence dans le grand amphithéâtre de l'ancienne Sorbonne, sur le sujet suivant : *De l'assistance des femmes enceintes*. M. le ministre de l'instruction publique et M. le Pr Tarnier avaient bien voulu accepter la présidence d'honneur de cette séance, dont la présidence effective a été dévolue à M. le Dr Cadet de Gassicourt. Sur l'estrade se trouvaient les plus hautes personnalités du monde politique et du monde scientifique.

Congrès des Sociétés savantes. — Le 29e Congrès annuel des Sociétés savantes aura lieu les vendredi 22, samedi 23, lundi 25, mardi 26 courant. La séance de clôture aura lieu le mercredi 27. L'ouverture du Congrès, fixée primitivement au 19, a été remise au 22 courant afin de permettre à M. Bourgeois, ministre de l'instruction publique, qui doit accompagner M. le Président de la République dans les départements du Midi et à l'inauguration de la Faculté de médecine de Toulouse, de présider aux travaux du Congrès.

Concours de l'internat de Saint-Lazare. — *Jury.* — Le concours pour l'internat de Saint-Lazare, institué par l'arrêté du 12 décembre 1888, s'ouvrira le 19 mai, conformément aux arrêtés des 28 février et 2 mars 1891. Le jury comprend MM. les Drs Vidal, président, Hallopeau, Le Pileur et L. Julien. C'est la première fois que la désignation des internes aura lieu par voie de concours ; jusqu'alors, ils avaient été directement nommés par l'administration.

Concours du Bureau central en Chirurgie. — Sont admissibles MM. Sebileau, Castex, Beurnier, Albarran, Lejars, Hartmann, Potherat, Demoulin. Épreuve de médecine opératoire : *Ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule; Amputation de Lisfranc.*

Hopital Necker. — *Clinique des voies urinaires.* — Nous avons annoncé il y a longtemps, dans ce journal, quelles modifications M. le Pr Guyon avait réalisées dans son nouveau service de l'hôpital Necker. A n'en pas douter, c'est là la plus belle organisation de Paris et peut-être de l'étranger. Nous avons dit aussi, à cette époque, quelles sommes — énormes — M. le Pr Guyon avait été obligé de consacrer à cette magnifique installation. Le Conseil municipal de Paris, comprenant l'importance des sacrifices pécuniaires de notre cher maître, a décidé, dans une de ses dernières séances, de lui adresser une lettre de remerciements. Tous ceux qui ont visité les nouvelles salles de la Terrasse (laboratoires, salle de policlinique, musée, etc.) seront heureux de voir que le Conseil a su apprécier le progrès réalisé. Qu'on n'oublie pas que tout cela est dû en outre à l'initiative personnelle d'un maître qui aurait pu se borner à se servir de sa grande influence auprès des autorités pour obtenir ce dont il avait besoin pour son enseignement.

Hopital maritime de Pen-Bron. — Mardi soir, à huit heures et demie, a eu lieu, dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le Pr Lannelongue, la conférence-concert, dont la partie artistique a été si admirablement organisée, sur l'hôpital maritime de Pen-Bron, près du Croisic. On ne pourra pas dire que les promoteurs de cette œuvre ne font pas pour elle toute la propagande voulue. Après les conférences de Nantes, Rouen, Angers, Paris naturellement. Aux autres fondations du même genre à en faire autant, si elles veulent prospérer.

Influenza en Alsace. — L'influenza a éclaté, avec un caractère pernicieux, à Uttweiler. Il n'y a presque pas de maison dans le village où la maladie n'ait fait son entrée. Plusieurs malades ont succombé.

Infirmier laïque. — Il y a un mois environ, un drame terrible jetait la consternation dans l'hospice de Bicêtre. Un infirmier, M. Raguet, en faisant son service, était assailli à l'improviste par plusieurs fous furieux. Quand on put venir à son secours, le malheureux était dans un état lamentable. Les soins les plus énergiques lui furent prodigués à l'hospice même, où il était soigné ; mais les blessures reçues par le pauvre diable étaient des plus graves et il y a trois jours il rendait le dernier soupir. Il a été enterré hier. M. Pinon, directeur, a prononcé quelques paroles sur la tombe. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avait envoyé une couronne. (*Paris*, 10 mai 1890).

La crémation a Liverpool. — La résolution suivante a été votée à une écrasante majorité à la dernière réunion de la Société médicale de Liverpool : Cette Société a reconnu que la crémation des corps présente les plus grands avantages et elle pense que l'établissement d'un four crématoire à Liverpool, d'après des règles convenables, ne soulèverait aucune objection. Il est établi qu'il y a maintenant environ 42 fours crématoires fonctionnant dans le monde entier et que le premier des temps modernes a été érigé à Milan, en Italie, en 1880. On voit par là que la crémation a eu une rapide extension. (*The Journ. of the American Medical Association*, 21 mars). B.

La Science a la Chambre des Députés. — La commission du budget de la Chambre des Députés vient d'achever l'examen du budget de l'Instruction publique. Aux Facultés elle a accordé 9.000 francs pour les travaux histologiques, 15.000 francs pour le chauffage et l'éclairage dotés d'une manière absolument insuffisante pour des locaux qui ont décuplé depuis 1876. Elle a pris en outre deux résolutions particulièrement importantes : 1° Elle a chargé son rapporteur de signaler la nécessité d'une revision des chaires de l'enseignement supérieur qui se sont développées peut-être un peu inconsidérément et dont plusieurs semblent faire double emplois, si l'on embrasse dans leur ensemble les Facultés, le Muséum et le Collège de France. Cette revision arrivera à supprimer les cours qui pourraient être superflus et à créer ceux qui seraient reconnus utiles. Elle a appelé enfin l'attention du Ministre sur la possibilité de réduire encore le nombre des boursiers en élevant le taux des bourses (15 et 1.800 francs au lieu de 12 et 1.500 francs) et sur la nécessité d'en réserver une large part aux maîtres répétiteurs.

Le Poison des Pygmées.— Pendant l'expédition de Stanley, le chirurgien anglais Parkes a pu obtenir d'une femme indigène des renseignements sur la préparation et la composition de ce poison dont les effets tétanisants sont aussi rapides que redoutables. Parmi les végétaux qui entrent dans sa composition, M. Holmes (de la Pharmaceutical Society), de Londres, a reconnu un Erytrophleum, probablement l'*Erytrophleum guinense*, une Commelynacée, le *Pasilota Barterii*, un Combrétacée, peut-être le *Tephrosia Vogelii*, toutes plantes dont les propriétés toxiques sont bien connues des indigènes africains. La détermination des végétaux qui entrent dans la composition de l'antidote de ce poison a été difficile. On croit cependant avoir reconnu les feuilles d'une Unonacée, plante dont on connait les vertus puissamment aromatiques et stimulantes.

La suppression des Herboristes. — L'Association générale des Herboristes de France a nommé une délégation chargée de se

rendre demain auprès de M. Floquet et de lui remettre la pétition suivante : « Convaincus de la nécessité de maintenir, dans l'intérêt de la santé publique, leur profession, les membres de l'Association générale des herboristes de France adressent à M. le président de la Chambre et à MM. les députés l'expression de leur confiance dans la justice et l'équité des législateurs pour maintenir le certificat d'herboriste menacé par le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. » Tout le monde ne sera pas de leur avis.

Nécrologie. — M. le Pr Alexandre-Edmond Becquerel, membre de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle et au Conservatoire des arts et métiers. M. Becquerel, qui, il y a quinze jours à peine, prenait encore une part active aux travaux de l'Académie, a succombé mardi dernier aux atteintes d'une pneumonie intercurrente à une affection grippale. Né à Paris en 1820, Becquerel, après avoir rempli de longues années les fonctions d'aide naturaliste au Muséum et de professeur au Conservatoire des arts et métiers, succéda à son père, Antoine-César Becquerel, membre de l'Institut, décédé en 1878, comme titulaire dans la chaire de physique au Muséum d'histoire naturelle. Il avait été élu, en 1863, membre de l'Académie des sciences pour la 5e section, physique générale, en remplacement de Despretz. M. A.-E. Becquerel laisse après lui un lourd bagage scientifique ; on lui doit, en dehors de sa collaboration active aux travaux de son père, des recherches nombreuses et appréciées de tous les savants sur le *spectre solaire*, la constitution de la *lumière électrique*, la *lumière*, ses causes, ses effets, etc., etc., et d'innombrables communications à l'Académie des sciences sur toutes les branches de la physique. — M. le Dr Turc, maire et conseiller général républicain de Saint-Germain-de-Calberte, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Amélie-les-Bains où il était en traitement. Victime du coup d'État, M. Turc s'était retiré pendant l'empire en Cochinchine où il exerça la médecine et devint maire de Saigon. Il était rentré dans la Lozère, son pays d'origine, depuis une dizaine d'années. — M. le Dr Thérémin, médecin de la marine.— M. le Dr O. Saunier, méd cin de la marine grecque. — M. le Pr Thacher (de New-Haven). — M. le Pr V. Dattilo (de Naples). — M. le Dr Bartleet (de Birmingham). — M. le Dr Borie, médecin-adjoint de la maison départementale de Nanterre. — M. le Dr Combalat (de Marseille). — M. le Dr P.-A. Desfossés (de Paris). — M. le Dr Guérin-Meneville (de Paris). — M. le Dr Juhel (de Caen). — M. le Dr J.-J. Mauricet (de Vannes). — M. le Dr Cazaubon, médecin à Ambès. Plusieurs discours ont été prononcés sur la tombe par le maire, le Dr Fage, et le Dr Abadie au nom de l'Association des médecins de la Gironde. — On annonce la mort de M. Zacharie Gillieaux, docteur en médecine, chevalier de l'ordre de Léopold, bourgmestre de la commune d'Angleur de 1866 à 1891, ancien conseiller provincial. Il était né à Gilly le 22 décembre 1833, et est décédé à Angleur, le 2 mai 1891. — L'université de Munich vient de perdre un de ses maîtres les plus distingués. M. Nægeli, professeur de botanique ; il est mort, à l'âge de soixante-quatorze ans. D'abord attaché à l'Université de Zurich, il avait fait des travaux très remarqués sur l'histoire du développement de la flore des Basses-Alpes ; plus tard, il avait publié des études intéressantes sur la formation des cellules et la structure moléculaire des divers organes des cellules, sur les Phanérogames, etc. Il dirigeait avec Schleiden la *Revue de Botanique scientifique*. — M. le Dr Clérambourt, médecin principal en retraite. — M. le Dr Martin (de Vole).

Troyes-Sainte-Savine (Aube).— 5,000 habitants sans compter les communes environnantes. — Appartement pour médecin, à louer, le 1er octobre. — Clientèle assurée. — S'adresser à M. E. Rothier, 51, rue du Marché, à Neuilly (Seine).

Hydrothérapie à domicile. — L'Appareil Limprätis *permet d'obtenir des douches, froides ou chaudes, même médicamenteuses*, sans qu'il soit besoin d'une distribution d'eau avec pression, ou d'un réservoir plein d'eau à la hauteur nécessaire pour donner la pression. Il permet, de plus, *d'obtenir*, presque mathématiquement, *la température demandée à la douche écossaise*, par la simple manœuvre d'un robinet portant une aiguille qui se meut sur un cadran divisé de degré en degré, depuis 10° jusqu'à 50° (1).

Expériences publiques, *à quatre heures, tous les premiers samedis de chaque mois, chez* MM. Croppi et Galli, *constructeurs, rue du Chemin-Vert*, 11, *à Paris*. — Les personnes qui désireraient avoir des expériences particulières n'ont qu'à prévenir le constructeur deux jours à l'avance.

(1) Voir la description dans le *Progrès Médical*, n° 13.

Bonne occasion. — Un de nos abonnés quittant la France pour s'établir à l'étranger, céderait au prix net de 50 francs la deuxième série du *Progrès médical* (1885-1890) formant 10 volumes en très bon état. — S'adresser au bureau du Journal.

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses*. — M. Charcot, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. Terrillon, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique médicale*. — M. le Dr Brissaud. Conférences cliniques tous les mercredis à 9h. 3/4. — M. le Dr Merklen. Tous les vendredis à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville, visite du service le samedi à 9 heures. — M. Charpentier, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. Déjerine, le mercredi à 10 h.

Hôpital Necker. — Clinique médicale. — M. Rendu, jeudi à 10 heures.

Hôpital Trousseau. — *Clinique chirurgicale*. M. Lannelongue, mercredi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale*. — M. Legroux, mercredi à 9 h. 1/2.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin, visite des malades à 9 heures. Mercredi : Conférence de chimie, pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique. Samedi : Examen des entrants.

Hôpital Tenon. — *Clinique médicale*. — M. le Dr Cuffer, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. — *Chirurgie orthopédique*. — M. Kirmisson, le lundi à 10 h. du matin. Les leçons de cette année seront consacrées aux *difformités du membre inférieur*. Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

Hôpital Broussais. — *Clinique chirurgicale*. — M. le Dr Reclus, le samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale*. — M. le Dr A. Chauffard, le samedi à 10 heures.

Hôpital Bichat. — *Clinique et thérapeutique*. — M. Henri Huchard, le dimanche 3 mai à dix heures très précises. — *Objet du Cours :* Médecine pratique. Diagnostic et traitement des maladies. Mode d'administration et posologie des médicaments. — Le lundi, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. Le mardi et le vendredi, consultations externes. — Le mercredi et le samedi, visite des malades nouveaux à 9 heures 1/2. — Le jeudi, consultation pour les maladies du cœur ; travaux pratiques.

M. le Dr Du Castel a commencé le mercredi 13 mai, à quatre heures du soir, dans la salle des conférences (Hôpital Saint-Louis), une série de leçons de séméiologie et de clinique syphiligraphiques, et la continuera les mercredis de chaque semaine à la même heure. Les lundis, policlinique, opérations dermatologiques, lupus, acnés, etc., salle Emery, à 9 h. 1/2. Les mardis, policlinique, maladie des femmes, salle Lorry, à 9 heures. Les jeudis, consultation externe à 9 heures. Les vendredis, examen des nouveaux, salle Hillairet, à 9 heures. Les samedis, maladies du cuir chevelu, sale Emery, à 9 h. 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : **Bourneville.**

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 21. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 MAI 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

Hospice de la Salpêtrière. — M. **J.-M. CHARCOT**.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes (1).

Du somnambulisme hystérique (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme) (*Suite*) ;

Par **Georges GUINON**, chef de clinique à la Salpêtrière.

Nous avons vu jusqu'ici le délire ou somnambulisme hystérique soit seul, soit associé aux autres phases plus ou moins accentuées de l'attaque d'hystérie, se développer spontanément, comme l'attaque elle-même. Eh bien, nous allons faire reconnaître maintenant que, comme celle-ci, il peut être produit artificiellement par un des moyens que nous avons à notre disposition pour la provoquer. Cette idée devait tout de suite se présenter à l'esprit, lorsque le délire fait partie intégrante d'une attaque classique représentée par tous ses éléments plus ou moins nettement dessinés. Les zones hystérogènes diverses devaient, en développant l'attaque, faire éclore aussi le délire qui en fait partie. C'est, en effet, ce qui se produit, pour le moins dans beaucoup de cas : en pressant sur les zones hystérogènes, lorsqu'elles existent, on provoque des attaques en tout semblables à celles qui se produisent spontanément. Les zones hystérogènes les plus habituellement rencontrées sont les points ovariens chez la femme, les points testiculaires et pseudo-ovariens chez l'homme, les points sous-mammaires, épigastriques, etc., chez l'un et chez l'autre.

Mais il existe certaines zones hystérogènes plus rarement observées et dont la recherche est faite moins systématiquement en clinique. Les unes peuvent être produites par quelque circonstance particulière. Tel est, par exemple, le point hystérogène se rencontrant chez un hystéro-traumatique, au niveau de la région qui a été le siège du traumatisme, plaie ou contusion, lequel a provoqué l'éclosion des accidents hystériques. Les autres se localisent, au contraire, sans raison apparente. Parmi ceux-ci, il en est un qui présente un intérêt tout spécial au point de vue du somnambulisme hystérique. C'est le *point hystérogène oculaire ou rétinien*. Quand il existe, la fixation quelque peu prolongée d'un objet quelconque suffit pour provoquer l'attaque chez les malades qui en sont porteurs.

L'existence de ce point hystérogène rétinien n'est point absolument rare. Outre les exemples que nous en donnerons plus loin, on en trouve dans les leçons de M. le Pr Charcot un cas absolument typique. Le malade n'avait pas pu être examiné en ce qui concerne le champ visuel, la fixation du centre du périmètre provoquant chez lui instantanément une violente attaque de nerfs (2). Chez un individu de cette catégorie, supposons donc que, pour mettre en jeu sa plaque hystérique rétinienne, nous lui fassions fixer un objet quelconque, par exemple le bout de notre doigt placé à quelque distance des yeux, ainsi que cela se pratique couramment pour produire l'hypnose chez les sujets susceptibles d'être hypnotisés. Il va entrer soit dans son attaque convulsive, soit dans son somnambulisme. Supposons encore, et pour ne préjuger de rien, reportons-nous simplement pour l'instant à l'histoire du second malade de M. Mesnet, dont nous rapportions plus haut l'histoire, que ce somnambulisme soit assez tranquille et ne donne pas au patient des allures bien différentes de l'état de veille. Il sera très facile à un observateur non exercé de commettre ici une grosse erreur et de croire que ce somnambulisme appartient à l'hypnotisme, puisqu'il a été provoqué par un procédé habituellement employé pour produire celui-ci.

Eh bien, il n'en est rien. On n'a nullement chez ce malade produit l'état hypnotique, mais simplement développé une attaque, comme on eût pu le faire en pressant sur le testicule ou l'ovaire. Cette attaque est convulsive, ou somnambulo-délirante, peut-être les deux à la fois, peu importe. C'est toujours l'attaque, et d'ailleurs, comme on le verra dans la suite de ce travail, le somnambulisme hystérique et le somnambulisme hypnotique présentent tous deux des caractères assez tranchés pour que l'on puisse les différencier sûrement l'un de l'autre.

Cette petite digression était nécessaire pour l'intelligence de l'observation qui va suivre. Chez le malade qui en fait le sujet, des personnes, non du métier, il est vrai, avaient cru à « l'hypnotisme » alors qu'il s'agissait tout bonnement d'attaques délirantes. On verra, en outre, en lisant ces faits, à quelles conséquences saugrenues et folles peut aboutir l'ingérence du public naïf et crédule dans les affaires de ce genre.

Le jeune Jules Letel..., âgé de 16 ans 1/2, est garçon charcutier. Son père avait des habitudes d'ivrognerie, et, quand il était gris, il se mettait dans des colères terribles. Sa mère est bien portante. Du côté paternel il a quatre oncles et tantes bien portants ; du côté maternel, une tante également en bonne santé. Il a eu 8 frères et sœurs, dont deux sont morts, l'un tout petit, l'autre à 29 ans, d'une laryngite probablement tuberculeuse. Parmi les autres, il y a deux frères, dont l'un est nerveux et l'autre est atteint d'une paraplégie consécutive à une fracture de la colonne vertébrale, et quatre sœurs, dont 3 sont bien portantes et la quatrième, âgée de 20 ans, est sujette à des attaques de sommeil. Elle en a eu deux à la suite desquelles elle est restée paralysée des jambes. La seconde attaque s'est produite pendant la messe que l'on célébrait en mémoire de son père mort, dix jours après la mort de celui-ci.

Lui-même a eu quelques maladies d'enfance, quelques traumatismes ou chutes qui n'ont pas laissé de traces et sont assez anciens. Il n'a eu ni convulsions, ni chorée, ni rhumatisme.

Il y a huit mois environ, il entrait comme garçon chez un charcutier de la rue Saint-Jacques, de son plein gré. Il avait déjà fait son apprentissage chez son père. A cette époque, il n'avait, sans aucun doute, jamais rien présenté de semblable à ce qui existe aujourd'hui.

Dix jours environ après son entrée en service, il commença de temps en temps à se lever la nuit et à exécuter certains actes nullement illogiques ou absurdes, mais intempestifs. Il faisait son ouvrage, travaillant bien et adroitement, parlait, voulait aller aux Halles, etc., etc. Ses camarades, couchés dans la même chambre que lui, réveillés par le bruit, le faisaient recoucher et tout se bornait là (1).

(1) Voir *Progrès médical*, 1891, n° 20.

(2) Charcot. — *Des tremblements hystériques*, leçon recueillie par Georges Guinon (*Progrès Médical*, 1890, n° 36). Observation du premier malade, le nommé B...

(1) S'agit-il là de somnambulisme naturel ou noctambulisme, ou sont-ce déjà des crises de somnambulisme hystérique identiques à celles qui se produisirent dans la suite ? C'est un point sur lequel il

Puis peu à peu les crises devinrent plus fréquentes et n'eurent plus lieu seulement la nuit. Le soir, après dîner, soit assis, lisant, soit debout, travaillant, il « s'endormait » tout d'un coup. Ses yeux se fermaient, ses paupières battant légèrement, les mains et les bras étaient le siège de quelques courtes contorsions, sans grande étendue et sans grande violence. Puis il se remettait au travail, les yeux toujours fermés, faisant son ouvrage avec une précision, une régularité et une adresse tout à fait remarquables, n'oubliant rien, réparant même les oublis qu'il avait pu commettre pendant la journée. (Tous ces renseignements, ainsi que ceux qui suivent, ont été recueillis auprès de son patron, le charcutier de la rue Saint-Jacques).

Le premier soir où sa crise le prit après dîner, il eut quelques hallucinations terrifiantes. Mais il est à noter que ce fait ne s'est jamais reproduit jusqu'au 12 janvier, jour où il est rentré chez son père. Chez ce dernier, au contraire, les hallucinations terrifiantes se montrèrent presque constamment les mêmes que le malade nous à fait voir ici et dont il sera parlé plus bas. Dans sa première crise, il voyait des voleurs, appelait au secours et voulait aller au poste de police chercher les sergents de ville.

Les jours suivants et aussi pendant presque tout le temps qui suivit, ce fut la politique qui fit les frais du délire, au moins en grande partie. L'enfant avait été endoctriné par un autre garçon de la maison, homme d'un certain âge, qui lui inculquait les doctrines boulangistes, qui n'eurent pas de peine à fructifier dans son faible cerveau. Lors de la fuite de Boulanger, l'enfant, dans son délire, l'interpellait, tâchait de le convaincre de rentrer en France, au besoin le traitant de lâche et de « feignant ». D'autres fois il invectivait des hommes du gouvernement, les adversaires de Boulanger, et une nuit il écrivit sur un carreau de carrelage une lettre à M. Constans dans laquelle lui, garçon charcutier, le menaçait, lorsque le général serait de retour, de le faire « casser de son grade de ministre de l'intérieur. Signé: J. Letellier et Ernest Boulanger.» Nous possédons le carreau, qui nous a été donné par son patron. La lettre est écrite à l'encre, parfaitement correcte et d'une écriture qui est tout à fait identique à l'écriture habituelle de l'enfant à l'état de veille.

Généralement on ne voyait pas la fin de la crise. L'enfant parlant et répondant aux questions des gens qui l'entouraient, à un moment donné on lui disait de se coucher, qu'il était l'heure. Il se couchait et s'endormait et l'on n'en avait plus de nouvelles jusqu'au lendemain matin, à moins qu'il ne se réveillât dans une crise de somnambulisme nocturne, comme cela lui arrivait quelquefois, par exemple lorsqu'il écrivit la nuit dans son lit au ministre de l'intérieur. Il arrivait cependant quelquefois que l'on pouvait le faire revenir à lui pendant la crise. Tandis que coups, flagellations, eau froide, grands bruits restaient sans action, il suffisait de lui soulever de force les paupières, de le regarder brusquement et de lui crier son nom avec force. Mais cela était loin de réussir toujours.

Il avait quelquefois de véritables illusions dont la persistance n'était pas absolue. Ainsi il prenait souvent son patron pour un individu qu'il appelait « le grand barbu » (son patron ne porte que la moustache) et à qui il avait voué une haine implacable. Il le poursuivait, le menaçait, mais dès que l'autre le touchait en parlant, il s'écriait immédiatement : « Ah ! le patron ! »

On n'a jamais remarqué de modifications physiques bien notables. Comme il travaillait pendant ces crises avec une grande activité, il devenait rouge, suait à grosses gouttes. De temps en temps les yeux s'ouvraient pour quelques secondes puis se refermaient. Quelquefois dans le cours de la crise survenaient ces contorsions des mains et des bras qui en marquaient à peu près régulièrement le début, suivies d'un peu d'accélération de la respiration.

Il avait fini par attirer la curiosité de tout le quartier au bout de quelque temps et était devenu dès lors un véritable petit phénomène. A partir de ce moment on s'imagina de lui faire prédire l'avenir, retrouver des objets perdus, faire des pronostics pour les courses de chevaux, lire des lettres à travers l'enveloppe, dire l'heure le dos tourné à l'horloge, etc., etc. Comme on le voyait amoureux de la demoiselle du comptoir chez son patron, on s'avisa d'arranger une petite histoire avec celle-ci, et on l'excita à monter le soir dans la chambre de la jeune fille « pour voir ce qu'il ferait ». Il ne fit que l'embrasser et se réveilla à ce moment, très ému et furieux de ce qu'on lui avait fait ou laissé faire (car dix personnes étaient là à le regarder). Un de ses camarades, un nommé Guiard, garçon chez le même patron, semble avoir joué dans cela un rôle actif et peut-être pas désintéressé. Il avait fini par s'apercevoir qu'en le fixant dans les yeux il « l'endormait » et il exécutait cette manœuvre souvent, lui faisait alors prédire les chevaux gagnants des courses, etc.

Le 3 janvier 1890, étant en courses, il rencontra un enterrement devant lequel il omit de se découvrir, et un prêtre qui passait par là le gourmanda sévèrement, le menaçant de la punition divine (il était dans son état normal à ce moment). Il rentra chez son patron tout penaud et ennuyé, et le soir même de ce jour, au moment où il « s'endormait », des phénomènes extraordinaires se produisirent (1).

On vit tout à coup tout le matériel de la boutique et de la cuisine entrer en danse, les saucissons remuaient dans leurs paniers, les couteaux de cuisine voltigeaient en l'air pêle-mêle avec les boîtes de sardines, les clefs se trouvaient spontanément changées sur toutes les portes, les bouteilles quittaient les planches sur lesquelles elles étaient placées et allaient se briser contre une colonne située au milieu de la pièce. Le gamin était assis tranquille, « endormi », dans un coin de la pièce, ou allait et venait, prédisant quelquefois ce qui allait se produire et faisant sortir les gens de la pièce où les bouteilles allaient se briser.

Dans tous ces prodiges il y a une part à faire à la crédulité de son patron et de l'entourage et aussi probablement à l'influence de quelque farceur, peut-être de ce Guiard, qui s'amusait à l'endormir pour lui faire prédire les gagnants des courses. Quoi qu'il en soit, ce petit manège dura huit jours au bout desquels son patron, lassé, le renvoya et le fit reconduire chez son frère, rue du Poteau.

Pendant ces huit jours, les crises furent beaucoup plus fréquentes. Elles se produisaient même le jour et plusieurs fois par jour. L'enfant semblait avoir pris en aversion ce Guiard, dont il ne disait jamais de mal quand il était lucide. Mais, à ces moments, il l'insultait, voulait se jeter sur lui, le battre, même s'il n'était pas là, le voyant quand même dans une hallucination.

Chez son frère, les crises continuèrent, et là, pour la première fois depuis l'histoire des voleurs, les hallucinations terrifiantes reparurent, avec le même caractère que celles qui seront décrites plus loin.

Etat actuel (janvier 1890). C'est encore un enfant que nous avons devant les yeux, bien qu'il ait près de 17 ans. Sa voix n'a pas encore mué. Pas de traces de poils sur la face. Membres grêles, taille petite, quoiqu'il soit assez bien musclé. Le pubis présente quelques poils naissants, en moins grande quantité qu'à l'état ordinaire à cet âge. La verge est assez volumineuse, en battant de cloche, et l'enfant avoue des habitudes d'onanisme assez accentuées. Il a avoué, dans une de ses crises délirantes, être allé deux fois dans une maison de tolérance et y avoir accompli le coït.

est bien difficile de faire la lumière. S'il s'agit de noctambulisme, il semble qu'il y ait dans ce cas une sorte de transition entre le somnambulisme nocturne et le somnambulisme hystérique. Nous serions plutôt porté à penser que les premières crises purement nocturnes étaient les mêmes que les suivantes. Elles se manifestaient un peu plus tard, voilà tout, sans manquer d'ailleurs de beaucoup à cette règle, à savoir que chez les enfants en particulier les attaques se produisent habituellement le soir, avec plus ou moins de régularité.

(1) Ces faits m'ont été racontés par le charcutier et sa femme, qui invoquaient le témoignage de tous les boutiquiers du quartier — et l'on verra à ce propos jusqu'où peut aller la crédulité des gens en matière de merveilleux.

Il est intelligent, répond bien aux questions qu'on lui fait, d'un ton simple et naturel, tout différent de celui qu'il emploie en général dans son délire. Du reste, son patron le regrette, il travaillait bien, était honnête, s'acquittait à merveille des courses, des commissions qu'on lui donnait à faire. On trouvera plus bas le récit de quelques-unes de ses crises délirantes.

Il ne présente pas d'anesthésie cutanée bien délimitée, cependant il y a par places sur ses membres supérieurs et inférieurs, à droite et à gauche, quelques plaques très peu étendues où la piqûre n'est point perçue ni comme douleur, ni comme contact.

Rien du côté de l'ouïe. Le goût est à peu près complètement aboli à gauche. L'odorat est normal.

Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux côtés à 50°, sans dyschromatopsie, avec un peu de polyopie monoculaire et de mégalopsie, surtout de l'œil gauche. L'examen du champ visuel, pratiqué immédiatement après une crise délirante, ne décela aucune modification dans l'étendue du rétrécissement.

Pas de zones hystérogènes ni hyperesthésiques, sauf la zone hystérogène oculaire, ainsi qu'on le verra plus loin. Jamais d'attaques de nerfs simples avec convulsions, jamais de pertes de connaissance.

Le sommeil est bon, quelquefois interrompu par des cauchemars, mais rarement. Pas d'hallucinations hypnagogiques.

Tous les autres appareils fonctionnent normalement. L'appétit est bon, les selles régulières, sans constipation. Anémie notable. Pâleur de la face. Souffle au 1er temps et à la base du cœur. Pas de paralysie, pas d'atrophie musculaire. Pas de troubles trophiques ou vaso-moteurs. Les réflexes rotuliens sont remarquablement faibles des deux côtés et ne se produisent pas à chaque choc du tendon. Le réflexe pharyngien existe, mais n'est peut-être pas très fort.

Voici maintenant le tableau de quelques accès délirants que le malade a eus devant nous.

Le malade ayant dit que les phénomènes provoqués par les tentatives d'hypnotisation étaient semblables à ceux de la crise spontanée, on essaya tout de suite quelques manœuvres qui donnèrent le résultat suivant : La fixation d'un objet brillant n'amena pas l'hypnose, ainsi qu'on était en droit de s'y attendre, les phénomènes relatés ne présentant aucune analogie avec les manifestations hypnotiques, mais provoqua tout simplement une attaque de délire.

Au bout de 45 secondes environ de fixation de l'objet brillant, les paupières commencèrent à battre, à se fermer convulsivement, les globes oculaires à se renverser. Pendant ce temps, quelques mouvements de déglutition survenaient. Puis l'occlusion complète se produisit, les paupières continuant de vibrer, et aussitôt le malade se mit à exécuter quelques mouvements convulsifs consistant en : flexion de la tête en avant, torsion des poignets, fermeture des poings, adduction convulsive des bras jusqu'à les porter derrière le dos. Cela dura quelques secondes, puis le malade se remit. Les yeux étaient toujours fermés, les paupières battant.

Tout à coup il s'écrie : « Vous ne le voyez pas? Comment faire pour y aller ? » Il se lève. « C'est ennuyeux : je suis seul pour y aller. » Il prend sa chaise et essaie de la briser. « J'y arriverai pas. » Il s'assied en faisant un geste de dépit. Puis survient un moment de calme. Alors : « Tiens! tiens ! c'est drôle..., une bête ! » Il se jette à quatre pattes, les mains en avant, comme pour l'attraper. « Elle est partie....., c'est ennuyeux. » Puis le tableau change. « Si je pouvais me sauver ! » Il se lève et prend sa chaise, cherchant à la briser... « Je n'y arriverai pas..., c'est du temps inutile, n'est-ce pas? Je n'y arriverai pas. »

S'adressant à lui, M. Charcot lui demande alors : « Où sommes-nous ici ? » R. « A la Salpêtrière. » D. « Tu as vu une bête? » R. « Oh ! elle est partie... Ah ! la voilà ! » D. « Comment est-elle ? » R. « Comme une araignée..., toute noire..., grosse comme une tortue... Tiens! tiens! c'est ennuyeux, c'est qu'elle me fait peur! » Il cherche de nouveau à casser la chaise. D. « Pourquoi veux-tu briser cette chaise? » R. « Pour prendre un bâton et taper sur la bête. » D. « Elle n'y est plus. » Tout à coup il met son foulard comme pour s'habiller et sortir. « Je vais partir. » D. « Pourquoi? » R. « Pour chercher cette bête. » D. « Tu la vois ? » R. « Elle est loin, loin.., derrière un gros poteau..., un gros poteau vert. » Il ouvre les yeux pendant quelques secondes, puis les referme. « Mais j'ai peur, j'ai peur. » Il se laisse tomber à terre. D. « Qu'est-ce que tu fais?» R. « Je me cache pour échapper à cette bête. »

Nouveau changement : Toujours couché par terre, il regarde les murs de la pièce où nous sommes. D. « Qu'est-ce qu'il y a sur ces murs ? » R. « Des tableaux tout partout..., c'est beau ici. » D. « Fais attention. Tu as les pieds dans l'eau. » R. « Mais non ! c'est le plancher... (tâtant le sol avec ses mains), il y a un tapis. » Il se lève. D. « Ouvre les yeux. Regarde-moi. » Il ouvre les yeux avec un certain effort, fixe le regard d'un air menaçant, prend sa chaise et cherche à la briser, toujours dans le but de se faire une arme pour tuer la bête...

... « Vous ne voyez pas ce grand poteau?... Qu'est-ce donc qu'il y a dessus?... Il y a un homme auprès... Oh! c'est excessivement loin. » Il met ses deux mains sur ses yeux en abat-jour, puis cherchant à lire et déchiffrant comme avec peine : « C'est un grand poteau tout rouge ! » D. « Est-ce qu'il y a quelque chose dessus? » R. « Il y a écrit : Jeune homme ! vous en avez encore pour 25 secondes à dormir. » Puis il se tait et en effet au bout de 25 secondes ses yeux s'ouvrent et il revient à lui, très étonné de trouver son foulard autour de son cou. Durée : 10 minutes environ. Il dit ne se souvenir de rien, ne comprend pas quand on lui parle de la bête et du poteau.

Quelque temps après une deuxième tentative est faite par la pression des globes oculaires. Le résultat se fait attendre un peu plus longtemps (2 minutes) mais il est exactement le même. Même période de contorsion des bras et des mains précédant l'invasion du délire lui-même, pendant une demi-minute environ. Puis toujours les mêmes scènes, la bête en forme d'araignée, grosse comme une tortue, toute noire et couverte de poils, les efforts pour briser la chaise, le dépit. Mais ici le ton est beaucoup plus nettement accentué que tout à l'heure, il est dramatique, ampoulé, théâtral, par exemple : « Pourquoi veux-tu m'empêcher?... C'est pour tuer cette bête! Mais que rien ne m'empêche d'aller la tuer, et j'espère que bientôt nous serons vengés. » Tout cela en brandissant la chaise, avec de grands gestes et en s'avançant à pas comptés comme un acteur en scène. Tout à coup il tourne la tête. D. « Qu'as-tu entendu ? » R. « Rien, — une porte, » c'était absolument exact, on ouvrait une porte dans la pièce voisine. Cette fois l'autre bête, celle qui ne l'effraye pas et qu'il veut attraper, est nettement définie, c'est un hanneton. Mais toujours même impossibilité de lui donner une suggestion.

Puis tout à coup, voyant l'interne du service qui écrit, notant au fur et à mesure l'expression de ses conceptions délirantes, il s'écrie : « Pourquoi donc ce monsieur écrit-il tout le temps?... c'est ennuyeux. » Enfin il revient à lui spontanément sans avoir annoncé son réveil. Durée : 7 minutes environ. Son teint est un peu animé, sa face un peu rouge. La pupille droite est un peu plus grande que la gauche. On a tenté pendant la crise de lui faire de nouveau ouvrir les yeux et on a pu remarquer que quand il disait regarder des objets très éloignés la pupille gardait la même dimension que pour les objets rapprochés.

Un peu plus tard nouvelle crise provoquée par la fixation d'une grosse tête d'épingle brillante. Même période de contorsions des membres ; même délire : la bête, le poteau vert où est écrit « chasse gardée ». Cette fois un nouveau tableau s'ajoute : « Si j'allais à Saint-Ouen ! trouver le jeune homme avec qui je travaillais. » D. « Qu'est-ce que tu lui veux? » R. « Je veux le trouver pour le punir. » D. « Que t'a-t-il fait? » R. « Il m'a endormi. » D. « Comment s'appelle-t-il? » R. « Auguste Guiard... Tenez! le voilà qui passe là-bas, devant le bureau de placement. » D. « Mais non! nous sommes à la Salpêtrière. Il n'y a pas de bureau de placement ici. » R. « Je sais bien..., mais ça ne fait rien, je le vois tout de même. »

Puis mettant ses mains sur ses yeux en abat-jour, il lit dans le lointain sur un grand poteau rouge : « Jeune homme ! on vous a endormi avec une épingle, donc vous en avez encore pour cinq secondes. » En effet, au bout de cinq secondes, il revient à lui.

Quatrième expérience : Fixation d'un objet brillant, résultat identique. Mêmes hallucinations, la bête, les poteaux, Auguste

Guiard, toujours séparées les unes des autres, comme des tableaux différents qui se dérouleraient successivement devant lui, sans se mélanger. Mais un nouveau tableau s'ajoute: un régiment, un colonel ; lui-même doit partir le lendemain matin avec ses hommes pour Saint-Ouen, pour prendre et punir Auguste Guiard..... Puis le réveil se produit, annoncé par lui à heure fixe, d'après la pancarte placée sur le poteau rouge, comme précédemment.

A ce propos, il est bon de faire remarquer que le temps qu'il fixe pour son réveil et qu'il annonce en secondes, un peu au hasard de ses conceptions délirantes, se vérifie tant bien que mal. C'est tantôt un peu plus, tantôt un peu moins. Ce fait est facile à comprendre et ne saurait, précisément à cause des petites erreurs, donner prise à une hypothèse de simulation.

En ce qui concerne la lecture des lettres à travers leur enveloppe, que l'on citait comme exploit du malade, nous avons tenté un effort dans ce sens. Le malade nous a répondu en se moquant un peu : « Pourquoi me demandez-vous cela ? Vous savez bien que c'est impossible. » La lecture simple est elle-même impossible, et une fois que l'on voulait trop attirer l'attention du malade en le forçant à lire quelques lignes improvisées, il s'est réveillé spontanément.

Quelques jours plus tard, à 6 heures précises du soir, le malade, qui dans un des accès provoqués du matin avait indiqué l'heure à laquelle il aurait sa crise spontanée du soir, s'est redressé tout à coup sur son lit. (Il s'était mis au lit aussitôt après le dîner qui a eu lieu à 5 heures). Il a commencé par fermer ses poings et par tordre ses bras convulsivement avec efforts ; puis il s'est étendu sur son lit ; les torsions, flexions et extensions exagérées des muscles s'accompagnaient parfois d'un soulèvement du bassin au-dessus du plan du lit. Par ce mouvement, le malade esquissait comme un arc de cercle incomplet. Tous ces mouvements ont duré quelques secondes à peine. Aussitôt le malade a parlé : « Ah ! voilà les soldats..... Attention, s. v. p. — Halte ! » A ce moment on a approché la lampe de son visage. Il avait les yeux fermés, et bien qu'il les ait tenus constamment fermés pendant toute la durée de l'attaque, il disait de temps à autre : « Pourquoi cette lampe? emportez-la, c'est gênant à la fin ! »

Puis, seconde série de contorsion des mains ; le malade cherche à déchirer sa couverture, se retourne brusquement et frappe à coup de poing son oreiller, en disant: « Tiens, tiens, me voilà vengé, sale bête. » — « Ah ! Si nous allions à 5 heures dîner. Mais j'ai faim. »(On lui apporte du pain, il le mange avec voracité). Il rapproche ses deux mains au-dessus des yeux, prend l'attitude d'une personne qui regarde au loin : « Quel est cet homme ? Je ne distingue pas bien. Tiens, voilà un poteau. » — D. Quelle est la couleur de ce poteau? R. Rouge. Et épelant une inscription la tête penchée en avant, comme s'il distinguait les lettres avec difficulté : « Jeune homme, vous en avez encore pour 13 douches (le matin il avait pris la première), alors vous serez guéri (1). »

A ce moment il se redresse et fait entendre un bruit particulier qu'il produit en faisant claquer ses lèvres. S'adressant aux malades, aux infirmières : « Qu'est-ce que vous faites-là ? Pourquoi tant de monde ? » Il se met à genoux sur son lit : « Ah ! la voilà ! sale bête. » Enfin il se recouche, ouvre les yeux et c'est fini. Cela a duré environ 20 minutes.

On voit que la crise spontanée présente absolument les mêmes caractères que les crises provoquées. C'était à prévoir, mais il était bon en tous cas de le constater.

Dans les semaines qui suivirent l'entrée à l'hospice, les crises somnambuliques spontanées s'allongèrent de plus en plus, l'élément convulsif restant toujours au second plan. Le même phénomène fut constaté dans les crises provoquées. C'est ainsi qu'environ un mois après l'entrée on provoqua par la fixation du doigt une attaque qui dura trois quarts d'heure, et le lendemain une autre qui dura une heure et vingt minutes. Dans ces longues attaques, le fond du délire restait toujours le même, mais de nouvelles scènes s'étaient ajoutées. Letel... avait fait connaissance avec les autres malades de la salle, il s'était mis au courant des habitudes du service, et tout cela apparaissait dans ses hallucinations.

De plus, dans une de ces deux longues attaques provoquées on imagina de frapper, à côté de lui, à coups légers sur un gong, et on s'aperçut que le malade percevait ce son et s'appropriait cette sensation pour en faire le point de départ d'hallucinations spéciales en rapport avec la nature du bruit produit.

Etant donc tombé en attaque par fixation du bout du doigt, il fait les quelques contorsions qui en marquent le début, puis faisant la grimace : « Il n'est pas bon, ce sucre... C'est pas possible, il a mis des grenouilles dans sa soupe..... M. N..., il a beaucoup de vertiges. Il faudra qu'on lui supprime son carafon à midi. » (Le nommé N... est un malade du service, atteint de vertiges, qui donne souvent son carafon de vin à ses camarades de la salle). « Ah ! çà, là haut, tu ne vas donc pas descendre de ton cheval ? En voilà un drôle de système! » A ce moment, il esquisse quelques convulsions et ébauche un petit arc de cercle. Aussitôt après on frappe à son oreille quelques coups légers sur un tam-tam. Il poursuit son délire habituel sans avoir l'air d'entendre. « En voilà des grenouilles dans ce champ... Paff ! les voilà parties. » On continue à frapper sur le gong ; il semble prêter l'oreille : « Il y a ici un drôle de murmure... Je suis cependant hardi..., mais j'ai peur. Au secours !... Je vais aller chercher M. Guinon. » D. « Qu'est-ce que tu entends ? » R. « Des soldats..., ils viennent me chercher..., à moins que ça ne soit pour Eyraud.:. Non, c'est pour Guiard... Ah ! chouette !!..... Mais cette bête !... ces grenouilles ! » D. « De quelle couleur sont-elles? » R. « Ce sont des grenouilles des Indes, elles sont vertes, grosses. » Il prend alors ses bretelles qu'il détache de son pantalon et frappe par terre avec à coups redoublés. « Les voilà qui arrivent..., je suis perdu !... Je vais leur donner mes bretelles et ma chemise à manger. » Il enlève sa chemise et la lance aux grenouilles avec ses bretelles. « Les voilà qui bouffent..., elles sont heureuses. »

De nouveau on frappe sur le gong. Aussitôt : « Voilà les soldats..., ils viennent chercher Eyraud. » D. « Les vois-tu, les soldats ? » R. « Oui, ils passent là-bas..., on dirait un chaudron, leur musique... Qu'est-ce que c'est que ça ? Le feu ! » Avec une vive expression de frayeur, il se précipite en avant. « Il faut que je l'éteigne, car les grenouilles viendraient... Encore des soldats ?... Ah ! ces grenouilles, quelles grosses cuisses .., on dit que c'est pas mauvais à manger... Bon ! en voilà une qui m'a mordu le doigt. » Il suce le bout de son doigt. D. « Dis donc, vois-tu ce poteau ? » R. « Où ça ? » D. « Là-bas. » R. « Ah ! oui..., il est vert. » Il abandonne aussitôt cette hallucination de poteau vert, puis : « Il y avait du bœuf, des légumes, c'était de l'herbe... Je vais pour faire une omelette ; je casse six œufs..., ils étaient pourris... J'en casse douze... Il me faut un cuisinier... G... (il s'adresse à un malade de la salle), c'était de l'urine à B... (autre malade)... Je lui demande du rhum..., c'était du jus de fumier... Freycinet se mêle de tout ça... Il paraît qu'il fait porter aux soldats le sac sur le devant... M. N... a beaucoup de vertiges... Il faut que je lui supprime son carafon... », etc., etc.

D. « Qu'est-ce que tu faisais hier à trois heures quand on t'a attaché ? » (Il était en attaque.) R. « Je jouais aux dames..., je causais..., je rigolais..., puis j'ai soulevé le matelas de mon voisin et je l'ai culbuté (il avait, en effet, fait cela la veille dans son attaque délirante)..., et puis M. Guinon est venu nous voir..., il était en chemise... Tiens! un dragon rouge!... Non, c'est Guiard. » D. « Vois-tu là-bas M. B...? » (un malade de la salle avec qui il cause souvent). R. « Non, ce n'est pas lui..., c'est un homme qui lui ressemble et qui plante des poteaux », etc., etc.

... Ce jeune garçon est encore à l'hôpital plus d'un an après son entrée. Il n'a plus ses attaques délirantes, mais de grandes

(1) Inutile d'ajouter que cette prédiction ne s'est nullement réalisée. Car un an après le malade est encore dans le service avec des attaques qui ont perdu, il est vrai, le caractère somnambulique, mais sont de véritables attaques de grande hystérie.

attaques convulsives revenant à intervalles de plus en plus éloignés.

Après la description longue et détaillée que nous en avons donnée, il nous paraît inutile de revenir sur les caractères de cette attaque délirante qui sont bien nettement tranchés. On peut les résumer en quelques mots :

1° Une période de contorsions, portant principalement sur les membres supérieurs, et qui semble être le vestige des phases convulsives de la grande attaque hystérique, avortée chez lui et presque réduite à la phase des attitudes passionnelles qui prédomine de beaucoup.

2° Une période de délire, caractérisée par la présence d'hallucinations et d'illusions, particulièrement et presque exclusivement de la vue, la possibilité pour le malade de communiquer avec le monde extérieur et les personnes qui l'entourent. La succession des tableaux, leur indépendance réciproque absolue, leur variété, le caractère terrifiant de quelques-uns d'entre eux, la vision d'animaux affreux, constituent aussi des caractères importants et dignes d'être notés. C'est absolument ce qu'on voit dans la phase des attitudes passionnelles de la grande attaque hystérique.

Insistons en passant sur cette *zoopsie* qui fait presque toujours partie de la phase passionnelle ordinaire ou prolongée. On connaît depuis longtemps (1) les analogies remarquables qui existent entre le délire alcoolique, où cette zoopsie constitue un caractère important, et le délire hystérique.

3° De plus, il est à remarquer que le ton, sinon la voix du malade, change pendant la période délirante. A l'état normal, il parle posément, doucement, avec une parcimonie de gestes qui saute d'autant plus aux yeux que, pendant qu'il délire, il est, au contraire, à ce point de vue, d'une exubérance remarquable. Il marche comme un mauvais acteur de mélodrame qui cherche à forcer ses effets. Son ton est exactement en rapport avec sa démarche.

4° Enfin on observe de temps en temps qu'entre deux tableaux il existe une sorte d'ébauche de la période de contorsions qui commence l'attaque. Le malade ne semble pas à ce moment capable de communiquer avec ceux qui l'entourent, et il sort de là en faisant quelques mouvements précipités de respiration. (*A suivre*).

(1) Richer. — *Loc. cit.*

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — M. ROUQUIÉ, licencié ès sciences mathématiques et physiques, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse (emploi nouveau). —M. ALOY, licencié ès sciences mathématiques et physiques est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, en remplacement de M. Couzi, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Sont nommés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891 : MM. GALLY, prosecteur; AUBIALLET, aide d'anatomie; DURAND, aide d'anatomie; DAUMIC, préparateur d'anatomie pathologique; BISCOUS, préparateur d'anatomie générale; PEZET, préparateur de chimie; DURANTON, préparateur de pharmacie.—M. GARRIGOU, docteur en médecine, est chargé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire d'hydrologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.—MM. BÉDART et MARIE, chargés des fonctions d'agrégés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, sont chargés, en outre, à ladite Faculté, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, le premier, des fonctions de chef des travaux de physiologie, le second, des fonctions de chef des travaux de chimie. Sont nommés pour la période de six années, à partir du 1er avril 1891, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse : MM. MOREL, docteur en médecine, chef des travaux d'anatomie pathologique; BIARNÉS, licencié ès sciences, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de pharmacie; BAUBY, docteur en médecine, est nommé pour trois ans, à partir du 1er avril 1891, chef de clinique chirurgicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. Sont chargés à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891 : MM. DESTARUC, docteur en médecine, des fonctions de chef de clinique médicale; PASCAL, docteur en médecine, des fonctions de clinique obstétricale.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Enseignement municipal de la médecine.

La *Société médicale des Hôpitaux* vient de clore la longue série de ses comités secrets par le vote des vœux suivants :

1° Création, dans un certain nombre d'hôpitaux, de laboratoires affectés aux recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-pathologiques, etc., que comporte la clinique dans chaque hôpital.

2° Augmentation du nombre des médecins du Bureau central. Cette augmentation comporterait la création de douze nouvelles places. Elle permettrait aux médecins titulaires de services de se faire suppléer plus facilement pendant les vacances par des médecins du Bureau central. En outre, les médecins du Bureau central pourraient, quand les médecins titulaires de service le demanderaient, leur prêter leur concours pour la consultation externe.

3° S'entendre avec la Faculté de médecine pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'Etat. Le titre à donner aux seize professeurs supplémentaires serait arrêté par le ministre de l'instruction publique.

4° Organiser dans les hôpitaux un enseignement des spécialités. Cet enseignement serait payé par les élèves qui le suivraient (1).

Nous avons déjà formulé notre opinion sur le premier de ces vœux. Il réalise une réforme que nous avons réclamée depuis longtemps et dont nous avons encore parlé dans notre numéro du 9 mai (p. 384).

L'augmentation du nombre des médecins du Bureau central, demandée dans le second vœu, répond à un desideratum que nous avons signalé bien des fois et que nous avions essayé de combler en faisant voter au Conseil municipal la création de plusieurs places et en lui démontrant la nécessité d'en créer progressivement de nouvelles. Nous laissons de côté pour aujourd'hui la partie de ce vœu relative aux consultations externes des hôpitaux, question qui mérite d'être traitée d'une façon spéciale.

A propos du 3e vœu par lequel la Société désire s'entendre avec la Faculté de médecine pour la création de 16 chaires supplémentaires de clinique, nous croyons devoir citer l'appréciation de la *Gazette des Hôpitaux :*

« Nous ne saurions approuver, dit-elle, la troisième proposition de la Société médicale des hôpitaux. Cette association hybride de la Faculté d'Etat et de l'Assistance publique ne nous dit rien qui vaille. Les médecins des hôpitaux sacrifient 104 de leurs membres au bénéfice de 16 d'entre eux. Peut-être, après tout, que chacun d'eux pense en lui-même faire partie de cette nouvelle corporation des « Seize », et l'ambition personnelle, qui sommeille au fond de chacun de nous, n'a-t-elle pas été étrangère au vote de la Société.

« C'est créer, parmi les médecins des hôpitaux, deux classes dissemblables ; c'est ruiner à jamais l'enseignement clinique libre qui a été l'origine de la renommée de bien de nos maîtres et des moins illustres. Nous comprenons que la Faculté mette tout en œuvre pour obtenir cette monopolisation absolue des élèves, mais nous ne voyons vraiment pas pourquoi la Société médicale des hôpitaux lui prête son appui en cette circonstance, se dépouille si bénévolement en sa faveur et renonce à jamais à un enseignement qui a fait la gloire de nos hôpitaux. Car, il ne faut s'illusionner, lorsque les étudiants seront embrigadés depuis leur première année jusqu'à leur thèse dans des services commandés et obligatoirement imposés, c'en sera fait de l'enseignement clinique dans les services libres. C'est pourquoi, nous qui, depuis plus de soixante ans, avons toujours pris en main les intérêts de nos hôpitaux, nous n'avons pu laisser passer une pareille abdication sans signaler le danger et protester de toutes nos forces.

« Que fera demain la Société des chirurgiens ? Nous ne sau-

(1) Nous avons déjà exprimé un avis conforme sur ce point. Reste à étudier comment et dans quelle proportion.

rions le prévoir. Quoique, à vrai dire, nous redoutions qu'elle aussi, guidée par les mêmes espérances secrètes de chacun de ses membres, ne se mette également sous le contrôle et sous la direction de la Faculté. Sur 42 chirurgiens titulaires, 7 seulement ne sont pas professeurs agrégés. C'est dire que la majorité des membres de la Société tient de près ou de loin à la Faculté, et que, pour ne pas compromettre l'espoir d'une nomination éventuelle au professorat, pour ne pas contrarier certaines amitiés, pour quelques-uns peut-être, par esprit de soumission, le vote des chirurgiens ressemblera, nous le craignons, à celui des médecins des hôpitaux. Nous ne pourrons que le déplorer sincèrement. »

Les critiques de la *Gazette* nous paraissent tout à fait justifiées; elles sont de nature à appeler sérieusement les méditations des médecins des hôpitaux, et, en attendant la réponse de la Faculté, de provoquer dans leur esprit un heureux revirement. Ce vœu, d'ailleurs, qui, au premier abord, paraît entraîner des conséquences si regrettables, ne nous a pas sensiblement impressionné, grâce au désir exprimé dans le vœu de « mettre à la charge de l'Etat » les seize chaires supplémentaires de clinique. Or, les discussions et les votes budgétaires de ces dernières années témoignent d'un courant défavorable au développement de l'enseignement supérieur et en particulier des sciences médicales. Ce n'est pas lorsque le Gouvernement et le Parlement, au lieu de faire des économies sur le personnel administratif, rognent les crédits déjà insuffisants des bibliothèques, que l'on aura aisément les 100.000 francs nécessaires, au minimum, pour les 16 professeurs supplémentaires. Nos prévisions ont été malheureusement confirmées. En effet, la Commission du budget ayant à examiner les dépenses pour l'enseignement supérieur, a chargé son rapporteur, d'après les journaux politiques, de signaler la nécessité d'une revision des chaires de cet enseignement qui, pense-t-elle, se sont développées peut-être un peu inconsidérément et dont plusieurs semblent faire des doubles emplois. Comme sanction, la Commission a fait une réduction de 1.000 francs sur le chapitre VI, à l'article des *Cours complémentaires*.

C'est donc d'un autre côté, du côté de la Ville de Paris, que l'on peut espérer avoir les ressources nécessaires pour l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, si désirable dans l'intérêt des Étudiants, de la Société et de la Science, intérêts qui doivent passer avant les intérêts personnels. Et, pour terminer, nous résumerons une fois de plus les réformes qui nous semblent indispensables :

1° *Organisation de laboratoires communs dans les hôpitaux; — nomination de chefs de laboratoire, chargés des autopsies, après entente avec les chefs de service;*

2° *Encouragement, par une subvention, à* TOUS *les médecins des hôpitaux qui font de l'enseignement. Généralisation progressive de cet enseignement. Organisation ultérieure de l'enseignement municipal de la médecine;*

3° *Transformation de la Faculté de médecine de Paris en* FACULTÉ SUPÉRIEURE DE MÉDECINE, *où pourraient être appelés les professeurs des Facultés de province qui se seraient distingués d'une manière spéciale dans leur enseignement ;*

4° *Séparation du corps examinant du corps enseignant.* BOURNEVILLE.

Le *Bulletin médical* du 17 mai, après avoir enregistré les décisions de la Commission du budget, conclut ainsi :

« On voit qu'en somme, si l'on veut voir se réaliser la réforme de l'enseignement clinique dans les hôpitaux, c'est encore en s'adressant au Conseil municipal que l'on a le plus de chance d'aboutir à un résultat. »

Cette opinion mérite d'autant plus d'être enregistrée que le *Bulletin médical* a pour directeurs deux professeurs de la Faculté, MM. Grancher et Lannelongue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 *mai* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. MALASSEZ.

M. MARFAN communique le résultat de ses recherches sur l'*abaissement de la tension artérielle dans la phtisie pulmonaire*. Il a constaté, à l'aide du sphygmomanomètre de Potain, que chez les phtisiques fébricitants ou non, avec ou sans médicaments, la tension artérielle est notablement et constamment abaissée : au lieu de 17 à 18 centimètres de mercure, chiffre normal, la tension oscille entre 15 et 10 centimètres. Une fièvre vive et la cachexie terminale de la phtisie abaissent encore cette tension. Il faut noter que cette diminution de la tension artérielle est un phénomène non seulement constant, mais encore très précoce de la phtisie : cette particularité peut avoir une réelle importance au point de vue du diagnostic.

M. RICHET a étudié l'*action des injections de sérum dans la tuberculose*. Si l'on inocule la tuberculose à des lapins normaux, la mortalité est de 90 pour 100 ; si, au préalable, on a injecté au lapin 1 à 4 c. c. de sérum, la mortalité ne se produit pas. Mais si l'injection du sérum est faite sur des lapins ayant déjà reçu des cultures tuberculeuses, l'action du sérum, — loin d'empêcher les animaux de devenir tuberculeux, — hâte au contraire l'éclosion et le développement de la maladie.

M. FÉRÉ étudie à nouveau l'*influence des attaques d'épilepsie sur les sécrétions*. On sait que les accès d'épilepsie diminuent ou suppriment bon nombre de sécrétions. Une épileptique, soumise au traitement bromuré, devint enceinte et donna naissance à un enfant qu'elle put allaiter six mois. A ce moment, elle cessa son traitement et eut une grande attaque d'épilepsie à la suite de laquelle les seins restèrent flasques, et la sécrétion lactée fut définitivement supprimée.

M. SOUQUES n'admet pas que le *rétrécissement du champ visuel* appartienne au tableau symptomatique de la *maladie de Basedow*. Pour lui, il serait le fait de l'hystérie.

M. D'ARSONVAL a étudié l'*effet des inhalations d'air ozonisé*. Il résulte de ses recherches que, loin d'avoir une efficacité quelconque, ces inhalations diminuent la capacité respiratoire du sang, peuvent donc être nuisibles et doivent être proscrites de la thérapeutique.

Autres communications.

M. GLEY a étudié les *troubles urinaires après l'extirpation du corps thyroïde*, et a constaté qu'il existait une albuminurie transitoire, déjà signalée par M. Laulanié.

Mme ELIACHEFF a examiné les *effets toxiques des substances non dialysables de l'urine*, dans le laboratoire de M. Laborde.

M. DEBIERRE dépose une note sur les *anomalies des circonvolutions cérébrales de l'homme*.

M. NEPVEU propose un nouveau *traitement de l'angine diphtéritique*.

M. Blanchard communique la relation d'un *cas de Tænia nana dans l'Amérique du Sud.*

M. Guignard fait une communication sur la *constitution des noyaux des cellules sexuelles chez les Végétaux.*

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *mai* 1891. — Présidence de M. Tarnier.

L'Académie décide que dorénavant aucune lecture, par une personne étrangère à la Compagnie, ne pourra être faite qu'après communication préalable du manuscrit au Bureau qui en donnera l'autorisation.

M. Albert Robin fait une communication sur la *balnéation chlorurée sodique*, comme médication principale dans tous les états où il y a hypoazoturie, c'est-à-dire diminution dans les échanges azotés. Elle est de plus indiquée dans les cas de diminution des oxydations azotées, et, enfin, la troisième indication relève de l'action d'épargne qu'elle exerce sur les tissus riches en phosphore, ou à la fois en phosphore et en azote. Chimiquement et cliniquement elle constitue la médication hydrominérale du lymphatisme, de la scrofule, du rachitisme, des inflammations utérines chroniques, du rhumatisme chronique, de certaines anémies, etc. La clinique avait démontré que les bains agissent différemment, suivant leur richesse saline; la chimie de la nutrition peut à son tour préciser l'action spécifique que possèdent les bains au quart, à moitié, entiers, qui influencent personnellement les échanges. Les bains au quart conviennent aux malades ayant tendance à maigrir, à ceux qui fabriquent de l'acide urique en excès. Le bain demi-sel est indiqué aux malades chez lesquels il y a lieu de relever rapidement les échanges azotés sans accroître activement les oxydations. Le bain pur sel enfin a une action dominante sur les oxydations organiques et convient aux malades à nutrition languissante, à oxydations retardées, aux affections osseuses, aux déchéances nerveuses, aux névrosés, aux rachitiques, etc., etc.

M. Robin, cherchant dans quel cas il faut employer dans l'anémie le fer ou au contraire l'arsenic, a imaginé le moyen suivant pour le savoir. Il divise les anémiques en deux classes: 1° Ceux qui ont des échanges azotés diminués et une oxydation amoindrie; 2° Ceux dont les échanges et les oxydations azotées sont augmentés et dépassent la normale. D'après ses recherches, le fer augmentant les oxydations et l'arsenic les diminuant, la conclusion ressort tout naturellement. On peut facilement appliquer ces données à la médication par la balnéation chlorurée sodique des anémies. Elle accroît en effet le coefficient d'oxydation d'environ 4,2 0/0, et la désassimilation azotée de 18,2 0/0. On doit donc s'en abstenir chez les anémiques de la seconde catégorie. La chimie des échanges indique le moment où on doit cesser le traitement. D'après l'auteur, on doit le faire quatre ou cinq après que le coefficient d'oxydation azotée dépasse de 3 à 4 0/0 son taux normal. Pour le diabète il en est de même que pour l'anémie. La balnéation chlorurée sodique est du reste contre-indiquée dans le plus grand nombre des cas.

M. Hayem demande si, sous le nom d'anémie, M. Robin veut désigner la chlorose.

M. A. Robin répond que oui.

M. Hayem affirme, d'après 500 observations, que, dans ce cas, la balnéation chlorurée sodique est absolument contre-indiquée. C'est aussi une erreur de croire que les chlorotiques puissent guérir sans fer : il suffit de le donner sous une forme assimilable. Jamais l'arsenic seul n'a guéri la chlorose. Il n'est indiqué que pour des troubles hématopoïétique qui lui sont liés comme l'anémie pernicieuse progressive.

M. A. Robin répond que son travail est seulement une indication pour les hydrologues et n'est qu'un travail de cabinet sans expériences ni cliniques ni chimiques.

M. Hayem se propose de revenir sur quelques autres points de la communication de M. A. Robin.

M. Gariel fait une communication sur la *transparence des tumeurs* dont il tire les conclusions pratiques suivantes : 1° La transparence n'est pas l'apanage des liquides. Elle peut exister aussi bien dans les tumeurs gélatineuses et même solides. Il est vrai que c'est plus rare. 2° La transparence peut être complète, quoiqu'en un point d'une masse liquide transparente il y ait un corps opaque, tel que le testicule dans l'hydrocèle. Pour mettre ce corps en évidence, il n'y a qu'à diminuer l'étendue de la paroi éclairée, c'est-à-dire à interposer entre elle et la source lumineuse soit un carton percé d'un trou, soit, ce qui est préférable, une lentille convergente, qui a l'avantage de rendre l'intensité lumineuse plus grande.

M. Proust expose les *mesures de prophylaxie prescrites en France, en* 1890, *contre le choléra d'Espagne.*

M. A. Robin propose à l'Académie de remercier le Conseil général de la Haute-Garonne d'avoir voté les fonds nécessaires à la création d'un cours d'hydrologie à la nouvelle Faculté de médecine de Toulouse, qui sera transformée en chaire magistrale dès que les fonds nécessaires auront été votés, création réclamée par l'Académie dès 1875 dans toutes les Facultés de médecine. (Adopté.)

Election *d'un membre correspondant national.*— Sur le rapport de M. Gariel, la liste de présentation est dressée de la manière suivante : 1° M. Crié (de Rennes); 2° M. Fleury (pharmacien militaire); 3° et *ex æquo*, MM. Bleicher (de Nancy), Hugonnenq (de Lyon), Lacour (du Mans) et Linossier (de Lyon).

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 15 *mai* 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Hanot relate l'observation d'une femme de 19 ans, prise au commencement du mois de mars d'un mal de gorge violent avec symptômes généraux très accentués : courbature, anorexie, fièvre, abattement. La muqueuse pharyngienne est uniformément rouge, les amygdales, sans dépôts pseudo-membraneux, ne sont pas tuméfiées. Huit jours après apparition d'un point de côté à droite et léger épanchement pleural. Ponction avec la seringue de Pravaz qui donne issue à un peu de liquide louche et floconneux. L'examen microscopique montre que ce liquide est rempli de streptocoques. A l'aide de l'appareil Potain, on retire 300 grammes de liquide; 8 jours après, nouvelle ponction qui donne issue à 500 grammes de pus. L'état général ne s'amendant pas, on pratique l'empyème au lieu d'élection. L'incision livre passage à un litre de pus. Le pharynx est toujours rouge, les amygdales non tuméfiées. A la fin d'avril, aggravation des phénomènes généraux. Mort dans l'adynamie.

A l'*autopsie*, petits abcès dans les amygdales. Le tissu cellulaire rétro-pharyngien est le siège d'une fusée purulente qui se prolonge jusqu'à la plèvre pariétale droite, la décolle et pénètre dans sa cavité. Celle-ci ne contient pas de liquide, mais elle est tapissée de fausses membranes grisâtres. On retrouve les streptocoques dans le pus des abcès amygdaliens et dans l'abcès rétro-pharyngien. L'*angine à streptocoques* peut donc offrir le cachet de l'infection la plus profonde et entraîner des complications très graves.

M. Fernet rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans, atteint de *pleurésie séro-fibrineuse à bacilles d'Eberth.* On a d'abord constaté tous les symptômes généraux de la fièvre typhoïde, moins la présence des taches rosées en même temps que les signes d'une pleurésie; le liquide extrait par la ponction était séro-fibrineux et l'examen bactériologique pratiqué par M. Girode y révéla la présence du bacille d'Eberth. Il s'agssait donc d'une pleurésie typhoïde.

D'après les renseignements fournis par la malade, le début de la pleurésie remonterait à 2 mois. On peut donc se demander si le bacille d'Eberth n'est pas venu, au cours d'une véritable fièvre typhoïde, pulluler dans un foyer de pleurésie dont il n'aurait pas été la cause première. Mais les autres observations de pleurésie typhoïde déjà publiées ont présenté, comme celle-ci, des alternatives de mieux et de pire. L'interprétation la plus simple et la plus plausible est donc d'admettre que la pleurésie a été ici la manifestation antécédente d'une fièvre

typhoïde vraie et que, comme celle-ci, elle a été causée par le bacille d'Eberth. Un seul fait ne peut permettre des conclusions fermes, mais si on retrouve d'autres cas il y aura peut-être lieu de donner à ces pleurésies un nom particulier, par exemple celui de pleurésie typhoïde.

M. Du Cazal lit une note relative à un malade qui a rendu en une fois 25 têtes de *Tænia*, à la suite de l'absorption de 6 grammes d'huile éthérée de fougère mâle (en 12 capsules), et 60 grammes d'huile de ricin. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 *mai* 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Nicaise fait un rapport sur *deux cas de thyroïdites infectieuses*, adressées à la Société par MM. Tavel et Kummer (de Berne). Le 1er a trait à une femme de 26 ans, ayant eu de la fièvre, de la diarrhée et de la douleur dans la partie droite du ventre. Peu de temps après on constata que le corps thyroïde augmentait de volume et on finit par reconnaître une thyroïdite suppurée. M. Kummer enleva un morceau de glande qui, d'ailleurs, contenait deux kystes. Le pus cultivé a donné des bacilles d'Eberth. On en a conclu qu'il s'agissait d'une *strumite secondaire, due à la fièvre typhoïde*, ayant passé inaperçue. D'ailleurs on connaît d'autres cas analogues, et pour le corps thyroïde lui-même et pour d'autres glandes de l'économie. On sait, d'autre part, que l'ostéomyélite peut être causée par le même bacille. Cette observation est intéressante parce qu'elle prouve que sans cette complication on n'eût pas reconnu la nature du catarrhe intestinal. Dans un 2e cas, il s'agissait d'une thyroïdite survenue après un accouchement chez une femme ayant aussi un goitre. M. Kummer fit aussi, dans ce cas, l'extirpation de la moitié gauche du corps thyroïde. Le pus fournit des streptocoques. Ces faits montrent que la suppuration peut être due, dans un même organe, à des microbes différents. On se souvient en outre que M. G. Marchand a décrit récemment un cas de thyroïdite due au pneumocoque. (*Congrès de Chir.*, 1891). Au point de vue clinique, il ne faudrait peut-être pas pourtant séparer ces thyroïdites d'origine si différente. Certes, il est possible, dans certains cas, d'admettre une certaine modalité dans les symptômes, selon le microbe qui est en cause, et M. Lannelongue a montré que la chose était faisable pour l'ostéomyélite ; mais il ne faudrait pas abuser de ces subdivisions, aujourd'hui du moins. En clinique, il ne faut pas trop faire de variétés. Au point de vue du traitement, M. Nicaise est d'avis que l'incision reste la méthode de choix dans le traitement des thyroïdites. L'excision, même d'une moitié seulement du corps thyroïde, ne peut être défendue que si le corps thyroïde présente d'autres lésions, par exemple un goitre plongeant. M. Kummer va peut-être un peu loin en recommandant cette extirpation partielle quand la glande ne présente que de la suppuration.

M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Montaz (Grenoble) ayant trait à un *corps étranger de la trachée*. Il s'agit d'un garçon de 13 ans, chez lequel une violente inspiration détermina l'introduction dans les voies aériennes d'un ressort de cuivre. On crut d'abord à un corps étranger de l'œsophage, puis reconnut, après examen laryngoscopique, l'existence d'un corps étranger de la trachée. La dyspnée continuant, on proposa la trachéotomie, qui fut refusée. On était en 1886. L'enfant garda pendant neuf mois ce ressort de cuivre dans sa trachée, sans trop souffrir. Puis, dans une nuit, sans cause appréciable, il fut pris tout à coup d'un violent accès de dyspnée, et bientôt de cyanose, tirage, etc. La voix était affaiblie, mais normale et articulée. On fit la trachéotomie au-dessous du corps thyroïde et trouva le ressort enchâssé dans la muqueuse au-dessous des cordes vocales. Cette muqueuse présentait des boursouflures qui s'étaient engagées entre les spires du ressort et formaient une sorte de champignon. L'enfant guérit très bien, après extraction du corps étranger, sans anesthésie et abrasion de la muqueuse turgescente. Cette observation est intéressante à cause de la nature du corps étranger (on ne connaît pas d'exemple analogue) et de la longue durée de son séjour dans le larynx, sans déterminer trop de gêne respiratoire. On peut expliquer l'accès de dyspnée, provenant seulement neuf mois après l'accident, par le développement d'une trachéite légère. M. Routier se demande pourquoi M. Montaz n'a pas endormi son malade ; on sait pourtant que l'anesthésie, dans ces cas-là, n'a que des avantages. Il n'était pas nécessaire non plus d'enlever la muqueuse ; l'ablation pure et simple du corps étranger aurait suffi. Comme cet enfant, opéré depuis 3 ans 1/2, a encore de la dyspnée dans certaines circonstances, on peut se demander s'il n'a pas un rétrécissement de la trachée et si ce rétrécissement n'est pas dû, dans une certaine mesure, à cette abrasion de la muqueuse.

M. Nicaise fait remarquer à ce propos que la sensibilité de la muqueuse trachéale n'augmente pas à mesure qu'on se rapproche des bronches. C'est l'inverse qui est exact. La sensibilité de la muqueuse des voies aériennes devient de plus en plus grande à mesure qu'on se rapproche du larynx. C'est là probablement un moyen de protection de la trachée. Les crachats cheminent peu à peu, sans qu'on s'en aperçoive, vers le larynx ; ce n'est qu'à leur arrivée dans ce vestibule qu'ils déterminent l'apparition du réflexe chargé de les expulser. M. Nicaise est du même avis que M. Routier. La persistance des accidents dans le cas de M. Montaz est très vraisemblablement due à l'existence d'un rétrécissement fibreux, cicatriciel, de la trachée.

M. Terrillon communique trois observations de *kystes séreux du mésentère*. En dehors des kystes séreux développés dans le mésentère et d'origine pancréatique, il existe des kystes séreux simples, qui sont aujourd'hui encore assez mal connus. M. Terrillon en cite trois observations.

Obs. I. — Mme L..., 23 ans, constate que son corset devient trop étroit et se plaint de douleurs vagues dans le côté gauche de l'abdomen et du thorax. Elle n'est pas enceinte et l'on trouve dans le flanc gauche une tumeur fluctuante, descendant au-dessous de l'ombilic, semblant en rapport en arrière avec la colonne vertébrale. On hésite entre un kyste du mésentère ou un kyste du pancréas. M. Terrillon proposa d'emblée la laparotomie et se garda bien de faire une ponction. Il trouva une tumeur, encastrée dans le mésentère, dont un feuillet mobile glissait au-devant d'elle. Ce feuillet fut incisé et le kyste vidé. Liquide très clair, non filant. La décortication fut impossible. Marsupialisation de la poche (on sentait au fond l'aorte battre sous le doigt), qui allait jusque sur la colonne vertébrale. Drainage. Lavages répétés de la plaie et légère infection. Cicatrisation totale en 5 mois. Guérison. Les parois du kyste étaient minces, à peine vasculaires, mais entourées de nombreux vaisseaux mésentériques.

Obs. II. — Me C..., 22 ans, chétive. Kyste uniloculaire à fluctuation nette, au niveau de la partie supérieure de l'abdomen, à gauche. On pensa à un kyste hydatique du foie, du pancréas ou du mésentère. Les battements aortiques étaient tous unis à travers la poche, ce qui montrait son extension et ses rapports en arrière. Laparotomie sans ponction préalable. Feuillet vasculaire mésentérique en avant du kyste. La poche est vidée. L'intestin grêle adhérait. La décortication fut encore impossible et on manqua d'ouvrir l'intestin. Marsupialisation du kyste. Tamponnement à la gaze iodoformée. Phénomènes d'intoxication iodoformée en 2 h.

Obs. III. — Jeune fille de 18 ans, présentant une masse indolente qu'on prit pour un kyste pancréatique. Laparotomie. L'intestin était très adhérent à la partie antérieure du kyste, d'où on retira 600 gr. de liquide transparent et citrin. Ce kyste avait une surface interne lisse et blanchâtre. Essais de décortication inutiles. Suture de la poche à la paroi. Mèche de gaze iodoformée. Accidents terribles d'intoxication par l'iodoforme.

Ces kystes du mésentère sont remarquables parce qu'ils déterminent des troubles fonctionnels peu intenses ; il n'y a pas de déchéance organique. L'intestin est presque toujours accolé à la partie antérieure de la tumeur, ce qui facilite dans une certaine mesure le diagnostic. Des morceaux de kyste examinés ont montré qu'il n'y avait pas d'épithélium dans la paroi très mince, fibreuse, et à peine vasculaire. Pour M. Terrillon, c'est cette absence d'épithélium qui explique la rapidité de l'intoxication iodoformique. Il ne faut pas faire de ponction dans ces kystes : on risquerait de perforer l'intestin avec le trocart. Le meilleur traitement, en raison de l'abondance et de la nature des adhérences du kyste aux tissus circonvoisins, semble être la marsupialisation de la poche kystique ; jusqu'ici

il y a très peu d'exemples d'extirpation totale de kystes de ce genre (1). Marcel BAUDOUIN.

CORRESPONDANCE

Détermination de la taille d'aprés les os longs.

Paris, le 14 mai 1891.

Monsieur le Directeur,

Le *Progrès médical* m'a fait l'honneur de reproduire, dans son numéro du 2 mai, mon tableau de coefficients pour la détermination de la taille d'après les os longs. Ce tableau est extrait d'un mémoire lu à la Société d'Anthropologie et dans lequel j'ai remis en œuvre, de fond en comble, les excellents matériaux laborieusement recueillis par M. le Dr Etienne Rollet. J'y ai montré aussi les diverses erreurs dont notre distingué confrère a été victime dans l'utilisation première de ses matériaux, erreurs qui avaient été commises du reste par ses devanciers et dont il ne semble pas encore se rendre compte, à en juger d'après sa lettre insérée dans le numéro du 9 mai. C'est grâce à la rectification de ces erreurs que j'ai pu, non sans un très long travail, dresser mon tableau de coefficients et ceux qui l'accompagnent.

La question est beaucoup moins simple que M. Rollet ne le pense, et je ne puis entreprendre de la traiter ici à fond. Au reste, l'important mémoire de mon contradicteur est bien connu, et quand le mien aura été publié, le public scientifique et les auteurs compétents pourront juger en parfaite connaissance de cause cette controverse prématurément soulevée.

En attendant, les doutes émis par M. Rollet m'obligent à dire que les résultats obtenus avec mes coefficients sont de beaucoup supérieurs à ceux que l'on obtient avec ses propres coefficients ou tableaux, tandis que c'est à peine si la supériorité de ces derniers sur les chiffres antérieurs justifierait le remplacement des chiffres de M. Topinard. Voilà ce que démontre clairement l'épreuve successive de tous les tableaux non pas avec un ou deux cas isolés, mais bien avec 49 cas qui, sans avoir la célébrité du cas Gouffé, n'en ont pas moins dans leur ensemble une valeur 49 fois plus grande.

Je m'en tiendrai là pour aujourd'hui, non sans reconnaître une fois de plus le grand mérite qu'a eu M. Rollet à recueillir les matériaux que j'ai remis en œuvre après lui. Ce mérite ressortira d'autant mieux, que les matériaux en question auront été plus utiles à la science.

J'espère, Monsieur le Directeur, que vous voudrez bien faire insérer cette réponse dans votre excellent journal et je vous prie d'agréer, avec mes remerciements anticipés, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués. L. MANOUVRIER.

(1) Voir, sur ce sujet : Sp. Wells, *Note on mesenteric and omental cysts* (*Brit. med. J.*, 14 juin 1890) ; — W. Ransow (*Brit. med. J.*, 8 nov. 1890, p. 1082), etc. (M. B.).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — *Excursion géo logique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 24 mai 1891, dans le pays de Bray. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous, gare St-Lazare, où l'on prendra à 6 h. 5 du matin le train pour Neufmarché. On sera à Paris à 9 heures du soir. — *Nota:* Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au Laboratoire de Géologie (galerie de géologie), avant samedi à 4 heures.

ETUVES A DÉSINFECTION. — Nous avons parlé l'an dernier du vote du Conseil municipal d'Orléans relatif à la création d'une étuve à désinfection. Un crédit de 12,000 francs, sur la proposition de MM. Beaurieux et Halma-Grand, vient d'être voté. D'ici peu une étuve, système Geneste et Herscher, fonctionnera à Orléans. Nous espérons qu'un arrêté semblable à celui qu'a émis l'an dernier le maire de Lyon et relatif à l'hygiène ne tardera pas à être rendu par le maire d'Orléans.

CONSEIL CENTRAL D'HYGIÈNE DE LA GIRONDE. — M. le Dr Louis Hirigoyen, chirurgien-adjoint de la Maternité à Bordeaux, vient d'être nommé membre du Conseil central d'hygiène de la Gironde.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement intensif de la Tuberculose par la méthode des injections sous-cutanées (1).

Il ne suffit pas, pour pratiquer avec succès les injections sous-cutanées de créosote, d'avoir un agent médicamenteux pur et de composition uniforme, il faut aussi être en possession d'un véhicule irréprochable. Les essais cliniques ont montré la supériorité des huiles végétales. L'huile d'amandes douces mérite la préférence, parce qu'elle ne fige qu'à la température relativement basse de — 25°.

Quelle que soit l'huile employée, il est absolument indispensable de la *rendre neutre* et de la stériliser. Or, toutes les huiles s'oxydent; et, sous l'influence de l'air humide notamment, il s'établit une fermentation qui rend les huiles rances. L'acidité peut encore résulter de ce qu'il a pu rester dans l'huile des traces d'acides minéraux ayant servi à l'épuration.

En outre, la matière azotée, qui se trouve mélangée aux corps gras (matière azotée provenant des débris végétaux mécaniquement entraînés dans l'extraction de l'huile), peut également, par fermentation, charger l'huile de produits secondaires qui constituent dans certains cas des bases très énergiques.

Ces remarques s'appliquent seulement aux huiles *vierges*. Quant aux huiles commerciales qui sont constituées par des mélanges, les impuretés y sont encore bien plus nombreuses.

La stérilisation forme également une partie importante de la préparation de l'huile destinée aux injections. *Avec une huile non stérilisée, on injecterait des microbes variés, indéterminés, sur lesquels la créosote peut ne pas avoir d'action.*

La stérilisation doit être faite dans des conditions très précises. On opérera à une température telle que la stérilisation proprement dite soit effectuée sans que les corps gras soient altérés. Or, ceux-ci se détruisent à partir de 300° et donnent naissance à de l'acroléine, à des acides gras libres et à des corps empyreumatiques.

Comme on le voit, la préparation des huiles médicamenteuses pour injections sous-cutanées est des plus délicates. Le praticien qui injecte une huile dont la purification et la stérilisation n'ont pas été bien conduites s'expose à des mécomptes et à des accidents locaux qui peuvent mettre obstacle à la continuation du traitement.

C'est avec une huile créosotée remplissant ces conditions que M. le Dr Burlureaux a pu pratiquer ou faire pratiquer 2.500 piqûres sans observer de suites fâcheuses.

La *créosote* qui a servi à ces expériences et l'huile elle-même ont été fournies par M. Choay ou préparées d'après ses indications.

C'est pourquoi la maison L. FRERE, qui s'est assuré le concours de M. Choay, livre aujourd'hui aux praticiens de l'**huile créosotée alpha** toute prête pour injections sous-cutanées.

Les médecins peuvent ainsi avoir sous la main une préparation qui leur permet de faire absorber des doses massives de créosote, et de réaliser le traitement le plus intensif qui ait été employé jusqu'à nos jours.

M. le Dr Burlureaux s'est arrêté à la solution au 1/15e déjà adoptée par le Dr Gimbert, de Cannes.

Dans un travail publié il y a plus d'un an, M. le Dr Burlureaux s'exprimait ainsi : « La créosote injectée est très « vite absorbée ; au bout de dix minutes en moyenne, les « malades l'exhalent ; leur haleine sent légèrement la « créosote, et eux-mêmes en accusent le goût. Ce goût « désagréable est même le principal inconvénient de la « méthode. Pour l'atténuer, nous avons eu l'idée d'employer, au lieu de créosote, un produit qui se trouve dans « la créosote du hêtre à la dose de 75 0/0, et que, sur notre « demande, M. Choay a bien voulu mettre à notre dis- « position : c'est le *gaïacol*, principe actif de la créosote, à

(1) Voir *Progrès médical*, 1891, n° 20.

« odeur légèrement balsamique, assez agréable, qui se « dissout, comme la créosote, dans l'huile, et que nous « avons employé pareillement en solution à 1/15, 1/10, « 1/5 et même 1/3. Il est aussi bien toléré par les tissus « et ne laisse au malade qu'une saveur peu intense, « suffisante cependant pour déceler l'absorption du médi- « cament et sa pénétration dans l'économie. »

Au sujet du *gaïacol*, il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler les circonstances dans lesquelles il a été introduit en France :

Aussitôt que Fraentzel eut fait sa communication sur l'emploi du gaïacol, M. le Dr Labadie-Lagrave pria M. Choay de lui préparer ce corps. M. le Dr Labadie-Lagrave prescrivit ce médicament pour l'usage interne dans son service de la Maternité, d'abord sous forme de solution huileuse, ensuite sous forme de perles de Clertan contenant la substance active en dissolution dans l'huile de faine.

Les premiers essais remontent au mois d'avril 1888, et les seconds à la fin de novembre de la même année.

Plus tard, M. le Dr Burlureaux demanda à M. Choay des solutions huileuses de gaïacol pour injections sous-cutanées.

Diverses raisons, entre autres la difficulté de se procurer à cette époque du gaïacol pur, en quantité suffisante, ont fait que les expériences ont été poursuivies avec la créosote. Le gaïacol pur est aussi d'un prix plus élevé.

Aujourd'hui, la maison L. Frere, Champigny et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, peu fournir de l'**huile gaïacolée alpha** dans les mêmes conditions de pureté que l'**huile créosotée alpha**.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons pratiques sur les Maladies des voies urinaires, professées à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris; par le Dr J.-M. Lavaux. — 2 vol. Paris. Steinheil, 1890.

Les deux volumes de *Leçons pratiques* que vient de publier le Dr Lavaux ne représentent pas seulement un de ces recueils que publient souvent, pour se faire connaître, les jeunes spécialistes et qui sont en définitive la réclame honnête et permise au médecin. On y trouve quelques parties ayant un caractère d'originalité marqué. Nous les signalerons plus particulièrement. Le premier volume est consacré aux maladies de l'urèthre ; mais les six premières leçons sont consacrées à l'anatomie, la physiologie et la thérapeutique générale de l'urèthre et de la vessie. Le second volume contient l'étude des maladies de la prostate et de la vessie. L'ensemble des deux volumes forme trente-sept leçons. Ces leçons, rédigées d'après l'expérience personnelle à l'auteur et d'après les travaux des spécialistes les plus renommés, sont faciles à lire et d'autant plus intéressantes qu'on sent chez M. Lavaux un tempérament de polémiste, visiblement passionné pour son sujet. Il se laisse entraîner où la discussion l'emporte et cela même lui fait éviter le style monotone et le ton endormant qui sont l'écueil des traités didactiques, écrits méthodiquement par chapitres et paragraphes se succédant dans un ordre invariable. Il est vrai que la méthode adoptée par M. Lavaux expose parfois à des omissions. C'est ainsi que les *Leçons pratiques* ne contiennent aucune étude d'ensemble sur l'exploration de l'urèthre, le cathétérisme, les diverses espèces de sondes et leur emploi, le moyen de les tenir aseptiques, etc. Il est vrai que ces diverses questions peuvent être supposées connues des auditeurs. Aussi bien, M. Lavaux a-t-il surtout, ce qui est facile à comprendre, appelé l'attention sur les instruments qu'il a imaginés, instruments dont la description et le mode d'emploi constituent la partie originale du livre. Ces instruments sont : l'appareil pour le lavage de la vessie sans sonde ; la sonde à double courant pour le lavage de l'urèthre; enfin les cathéters pour la divulsion progressive. L'appareil pour le lavage de la vessie sans sonde consiste en un cône tubulé capable de boucher le méat. L'obturateur du méat et le mandrin tubulé peuvent former deux parties distinctes de l'appareil. Le diamètre intérieur du tube varie de 1 millimètre 1/3 pour le no 1 jusqu'à trois millimètres pour le no 6. La longueur du mandrin est de trois centimètres. Au mandrin tubulé peut s'adapter un tube de caoutchouc conduisant l'eau d'un laveur ou de tout autre récipient. Ce récipient étant placé à une hauteur de 1 m. 30, on ajuste le tube de caoutchouc à un mandrin tubulé qui, muni de son obturateur, est introduit dans l'urèthre. Au bout de peu de temps, la pression du sphincter vésical est vaincue et le liquide pénètre dans la vessie. Dès que le malade sent le besoin d'uriner, on retire l'obturateur et le mandrin. Le malade urine, puis on recommence jusqu'à ce que l'on juge le lavage suffisant. Il va sans dire que ce mode de lavage ne peut s'appliquer qu'aux malades n'ayant pas de rétention. D'après M. Lavaux, le lavage sans sonde serait infiniment supérieur au lavage ordinaire et permettrait de guérir des cystites rebelles à tout autre mode de traitement. Nous en acceptons l'augure et nous serons heureux si dans dix ans M. Lavaux peut être aussi affirmatif. Quoi de plus désespérant que certaines cystites ! Quel service ne rendra pas aux malades et à ses confrères l'inventeur d'une méthode infaillible pour les guérir ! Les instruments de M. Lavaux pour la *divulsion progressive* sont très voisins des cathéters coniques du Pr Le Fort et de ceux plus récents de M. Bazy. Ils en diffèrent par la brièveté de la portion conique, brièveté favorable pour la muqueuse vésicale mais peut-être dangereuse pour l'urèthre ; ils en diffèrent aussi parce que la bougie conductrice traverse le cathéter de bout en bout et ne peut tomber dans la vessie. Quant au mode d'emploi, il ne nous semble pas différer de la dilatation mécanique progressive telle que nous l'avons décrite dans les *Annales des voies urinaires* (année 1887, août). C'est, en somme, l'opération de Le Fort mitigée. Au lieu de passer dans la même séance les nos 12, 17 et 22 filière Charrière, ce qui était difficile et dangereux, on se borne à gagner deux ou trois numéros par séance. C'est une opération que nous ne saurions qu'approuver, car, depuis plusieurs années, nous avons totalement renoncé aux sondes molles pour dilater les rétrécissements de l'urèthre. Parmi les chapitres particulièrement intéressants nous signalerons celui qui est consacré à l'emploi de la cocaïne, celui qui traite des ruptures de l'urèthre chez les enfants et enfin la partie concernant les prostatiques. En résumé, ces deux volumes très personnels seront consultés avec fruit, par les spécialistes surtout.

A. Malherbe.

Les Mementos thérapeutiques des Praticiens ; publiés sous la direction de M. H. Huchard ; par Ch. Eloy, — 1891.

Les rédacteurs de la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, sous la direction de M. Huchard, publient sous ce titre un recueil de notes cliniques et thérapeutiques concernant la médecine, la chirurgie et les accouchements. Dans ce livre, les auteurs se sont adonnés à faire des articles essentiellement pratiques, d'une utilité journalière. Ce petit livre facile à consulter, et qui n'est que le premier volume d'une série, s'adresse surtout au praticien. La réunion de ces volumes formera l'essence d'une bibliothèque de thérapeutique raisonnée, dont chaque chapitre traitera des différentes manières de soigner telle ou telle affection suivant les circonstances. Les articles concernant la thérapeutique médicale sont dus à MM. Huchard, Barié, Brocq, d'Heilly, Gingeot, Ch. Mauriac, A. Renault, Ch. Eloy ; les notes de thérapeutique chirurgicale sont signées Schwartz et Barette, et celles de thérapeutique obstétricale : Bar et Demelin. Parmi les articles les plus intéressants et les plus utiles, nous citerons un travail de M. Huchard sur la médication cardiaque par la digitale. Après avoir étudié l'action physiologique et thérapeutique de ce médicament, l'auteur présente son mode d'emploi aux différentes périodes des cardiopathies, dans les diverses lésions valvulaires, dans l'artério-sclérose, dans les angines de poitrine, les arythmies et tachycardies, enfin aux diverses périodes de la vie. Citons aussi les articles de M. Ch. Eloy sur le traitement de la coqueluche, l'eczéma chez les enfants et sur les tænicides.

M. Schwartz étudie avec soin le traitement des abcès chauds des épanchements traumatiques articulaires, des hématocèles vaginales, de l'hydrocèle et des kystes du poignet. M. Barette fait rouler ses notes thérapeutiques sur l'emploi de l'eau chaude en thérapeutique et en gynécologie, sur le traitement de l'anthrax et de l'érysipèle. Enfin les chapitres sur le gavage des nouveau-nés, le traitement de l'avortement, dus à

la plume de M. Bar, et les chapitres sur l'antisepsie dans l'accouchement et sur le traitement des hémorrhagies de la délivrance, dus à celle de M. Demelin, terminent d'une façon aussi intéressante cette collection d'articles utiles et traités avec soin. Le memento est suivi d'un formulaire dressé par maladies. A. RAOULT.

VARIA

Inauguration de la Faculté de médecine de Toulouse.

Mercredi dernier a eu lieu l'inauguration officielle de la nouvelle Faculté de médecine de Toulouse. On attendait avec impatience le voyage du Président de la République dans le Midi et son passage dans cette ville pour que cette cérémonie ait lieu avec tout l'éclat voulu; et, de fait, M. Carnot a inauguré la Faculté pendant son séjour à Toulouse, comme cela était annoncé au programme du voyage présidentiel (1). Mais il nous semble utile de faire remarquer que si cette petite fête a eu lieu, elle n'a peut-être pas eu toute la portée et tout le retentissement qu'elle méritait, par suite de malentendus sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

La presse spéciale devait en effet être officiellement invitée à la cérémonie. On avait même fait quelques démarches dans ce sens auprès du Syndicat de la Presse médicale. Malheureusement, au dernier moment, un contre-ordre est arrivé à Paris: tous les beaux projets du doyen tombaient à l'eau!

Voici d'ailleurs la note qui nous a été communiquée à ce propos par le Président de notre Association :

« L'assemblée de la Faculté vient de reconnaître qu'elle ne pouvait, faute de temps, organiser complètement une réception de la presse médicale ; elle renonce à son projet et prie M. Cornil de faire agréer ses regrets aux membres du Syndicat. »

Il est regrettable que les choses se soient ainsi passées. Il y a quelques années, lors d'une inauguration analogue à Bordeaux, les membres du corps médical Bordelais n'avaient pas hésité à adresser aux journaux de Paris des invitations pressantes. Récemment enfin, lors des grandes fêtes universitaires de Montpellier, on n'avait pas manqué de prier les Parisiens de venir visiter la vieille Université du Midi. Nous nous étions fait un devoir d'accepter ces invitations et de rendre compte avec détails de tout ce qui s'était passé. Cette année, Toulouse, à la suite d'événements qu'on pourra apprécier facilement en parcourant les divers organes de la presse médicale de cette ville, n'a pu marcher sur les traces de ses rivales: C'est une infériorité notoire. Toute cette affaire prouve d'ailleurs que la Faculté et les médecins de Toulouse sont loin de faire bon ménage, et que M. Constans n'a peut-être pas rendu à la Science et même à la « Capitale du Midi » un service aussi signalé qu'on s'est plu à le dire! M. B.

La Crémation dans la République Argentine; par J. PERNA.

La crémation cadavérique a déjà fait un bon chemin dans la République Argentine. Cette coutume, dont l'origine remonte aux premiers âges de l'homme, qui, en Amérique, a constitué le culte de ses peuples les plus civilisés, et qui s'est conservée jusqu'à nos jours chez quelques tribus du Brésil et de la Terre-de-Feu, est aujourd'hui encore un système funéraire auquel beaucoup de personnes se rallient, favorisées qu'elles sont par les ordonnances en vigueur, lesquelles, après avoir rompu une fois pour toutes avec certaines préoccupations religieuses, et avoir fait cause commune avec la branche la plus noble des sciences médicales, l'hygiène, l'autorisent et la prescrivent dans tous les cas de mort par maladies transmissibles.

Le premier corps livré à l'action du feu à Buenos-Ayres fut, comme on se le rappellera, celui de Pedro Doime, lequel fut incinéré sur un bûcher, le 26 décembre 1884. Cette crémation fut ordonnée par le Dr D. José M. Ramos Méjia, alors Directeur général de l'Assistance publique et elle fut exécutée par l'auteur de ces lignes, comme le constate l'acte publié à ce sujet dans les journaux de l'époque et dans notre étude sur « la crémation en Amérique ».

Un an et demi plus tard, le Conseil délibérant de cette capitale se prononça sur une aussi importante question d'hygiène publique, en sanctionnant, dans sa session du 5 avril 1886, une ordonnance dont les articles 5me et 6me sont bien explicites à cet égard :

Art. 5. — Il sera établi dans le cimetière général, à un endroit approprié, un four crématoire avec toutes ses dépendances, agencé conformément aux progrès les plus récents.

Art. 6. — Nonobstant les dispositions de l'article 2 (dispositions générales sur les inhumations), tous les cadavres des individus morts d'une maladie épidémique seront brûlés sans exception aucune, comme aussi les détritus cadavériques provenant des hôpitaux et de l'Ecole anatomique des Sciences médicales. Pourront de même être incinérés les cadavres des personnes dont les parents ou les exécuteurs testamentaires solliciteront la destruction par ce procédé.

Ces dispositions autorisèrent un fait grandiose au point de vue de l'hygiène : l'incinération cadavérique obligatoire en cas de mort par maladies infectieuses, et la crémation facultative en tout temps. Et, bien que ces résolutions n'aient pas encore jusqu'à présent été mises en pratique quant à la forme, elles ont été, en revanche, exécutées quant au fonds; et la crémation tant obligatoire que facultative, reprise à l'occasion de l'épidémie cholérique d'octobre 1886, a continué jusqu'à l'époque actuelle sans grands obstacles. C'est afin de faire connaître les progrès qu'elle a réalisés depuis cette époque jusqu'au temps présent, que nous publions ces renseignements comme préambule aux tableaux statistiques qui les résument.

Il résulte de l'examen de ces tableaux que les incinérations effectuées ont suivi, depuis la date de leur début jusqu'à l'époque actuelle, l'ordre ci-dessous :

En 1886	471
1887	1,003
1888	1,211
1889	2,018
1890	2,085
Total	6,789

Or, si à ce chiffre nous ajoutons les 316 cadavres brûlés dans d'autres Lazarets, comme celui de Martin Garia et celui de Riachuelo à l'époque de la dernière épidémie de choléra (1886-1887), nous arrivons à la respectable somme de 7.105, qui représente exactement le nombre de corps détruits par ce système depuis qu'il est en pratique chez nous, jusqu'au mois de novembre inclusivement, c'est-à-dire en quatre années pleines. Parmi les faits de crémation facultative, nous devons citer les cas de la Malvesi, du Señor Martinez Bursaco, du fils du Dr Atilio Boraschi, de l'ingénieur Tamburini, etc.

Ch.-H. PETIT VENDOL.

Faculté de Médecine de Paris.

Concours. — 1° *Pour le clinicat médical ;* 2° *Pour le clinicat chirurgical ;* 3° *Pour le clinicat obstétrical;* 4° *Pour le clinicat des maladies mentales;* 5° *Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques;* 6° *Pour le clinicat des maladies nerveuses.* Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chef de clinique chirurgicale, de chef de clinique obstétricale, de chef de clinique des maladies mentales, de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques et de chef de clinique des maladies nerveuses, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 22 juin 1891, à 9 heures du matin.

Il sera pourvu : 1° *Pour le clinicat médical :* à la nomination de trois chefs de clinique ; 2° *Pour le clinicat chirurgical :* à la nomination d'un chef de clinique ; — 3° *Pour le clinicat obstétrical :* à la nomination d'un chef de clinique ; — 4° *Pour le clinicat des maladies mentales :* à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; — 5° *Pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques :* à la nomina-

(1) A 2 heures, réception de M. Carnot par le Corps universitaire, les délégués des Facultés et des Etudiants de Paris, de Bordeaux, de Montpellier, etc. Discours de M. Jaurès, adjoint au maire, qui a déclaré que la ville de Toulouse faisait remise à l'Etat des bâtiments de la Faculté. Discours de M. Perroud, recteur. Discours de M. le Ministre de l'Instruction publique, M. Bourgeois, remerciant le maire. A l'entrée du Président de la République dans le grand amphithéâtre, ovation enthousiaste des étudiants à propos de la remise d'un drapeau à l'Association des Etudiants. Enfin, visite du Jardin des Plantes.— C'est le discours de M. Bourgeois qui a été le plus apprécié. Un journal de Paris dit même que l'allocution de M. Perroud a soulevé quelques murmures. En somme, cette inauguration a disparu totalement, au milieu des autres fêtes organisées par la Municipalité et ce n'est pas à nous de rechercher les motifs du peu de solennité qui l'a accompagnée.

tion d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; — 6° *Pour le clinicat des maladies nerveuses* : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le 14 juin 1891. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de Docteur. Sont admis à concourir : 1° *Pour le clinicat médical, le clinicat des maladies mentales, des maladies cutanées et des maladies nerveuses*, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. — 2° *Pour le clinicat chirurgical et le clinicat obstétrical*, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des Hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Statistique comparée des docteurs en médecine et en chirurgie et des officiers de santé reçus en France de 1809 à 1889.

	Officiers de santé.	*Docteurs.*
1809 à 1848.	10.075	16.421
1849 à 1888.	4.816	20.477
Total.	14.819	36.898

On voit par ces tableaux que le nombre des docteurs en médecine s'est accru et celui des officiers a diminué pendant les 80 dernières années par la délivrance des diplômes faite aux uns et aux autres durant cet espace de temps. Depuis vingt ans, la moyenne des docteurs en médecine reçus chaque année a été de 607, alors que la moyenne des officiers de santé a été de 98.

Opération sur le cadavre.

« Être condamné pour exercice illégal de la médecine sur les vivants, cela se voit tous les jours ; mais peut-on se rendre coupable de l'exercice illégal de la médecine en pratiquant une opération sur un cadavre ? Toute bizarre que paraisse cette question de droit, elle vient d'être soumise au tribunal correctionnel d'Espalion, qui l'a résolue affirmativement. Voici dans quelles circonstances. Une femme Riols, enceinte et à terme, venait de mourir au hameau de Sarran ; le curé de la paroisse, qui devait assister à ses derniers moments, était dans la chambre de la morte avec un voisin, il engage celui-ci à pratiquer l'opération césarienne pour essayer de sauver l'enfant que la mère portait dans son sein ; l'opération fut faite et réussit. Notre chirurgien improvisé a été traduit en police correctionnelle et condamné à 15 francs d'amende par application des articles 35 de la loi du 19 ventôse an XI, 466 du Code pénal et 194 du Code d'instruction criminelle (*Mercredi médical*, 25 mars 1891). — Pour une bizarre application de la loi, fait remarquer Simplissime, de l'*Union médicale*, c'en est vraiment une. Pour ma part, je n'aurais pas trouvé assez d'éloges à donner à ce chirurgien improvisé, et si l'*Union médicale* voulait ouvrir une souscription pour payer les frais du procès et l'amende, je m'inscrirais volontiers en tête de la liste. Renvoyé à qui de droit. » —Pourtant, ajouterons-nous à notre tour, la loi est formelle sur ce point. Mais c'est peut-être la loi qui est mauvaise ? Consolons-nous en songeant qu'il y en a bien d'autres qui le sont aussi.

Mort due à la substitution, par un pharmacien, de la morphine à l'apomorphine.

Le 24 mars dernier, au Mans, un enfant de trois mois tombait malade. Le Dr B... reconnut une bronchite et prescrivit plusieurs vomitifs qui ne produisirent aucun résultat. Le docteur pensa alors à faire une injection hypodermique d'apomorphine. Il prescrivit l'ordonnance suivante :

Eau distillée . . . . 6 grammes.
Apomorphine . . . . 12 centigr.

Le pharmacien n'avait pas d'apomorphine, il donna du chlorhydrate de morphine, pensant, a-t-il dit, que l'effet serait le même. Le médecin ayant lieu de croire que l'ordonnance avait été exécutée selon la formule, donna une injection à l'enfant qui tomba dans un état comateux. Il mourut empoisonné quelques heures après. Le pharmacien, poursuivi pour homicide par imprudence, a été condamné hier à trois mois de prison.

Le Procès Deschamps.

La lecture de l'arrêt d'acquittement, rendu en faveur de notre distingué confrère, le Dr Deschamps, chirurgien de l'hôpital des Anglais, à Liège, à suggéré les réflexions suivantes à un journal belge : *a*) Il a fallu trois ans pour permettre à la justice de prononcer définitivement dans cette affaire. Il est à espérer que la magistrature sera, à l'avenir, un peu plus expéditive ; car il est inadmissible, pour ne pas dire grotesque, de laisser ainsi en suspens un procès dans lequel est engagé, au moins en partie, la réputation scientifique et professionnelle d'un homme. *b*) La justice a donc reconnu, conformément aux droits du médecin et aux intérêts des malades, que le praticien ne peut être rendu responsable de tous les accidents qui peuvent survenir à l'occasion ou à la suite d'une opération ; que les parents d'un malade, en laissant celui-ci à l'hôpital et après avoir été avertis qu'une opération (il ne faut pas détailler son manuel opératoire, ils ne le comprendraient pas) était nécessaire pour la guérison, déchargent le chirurgien vis-à-vis des conséquences malheureuses qui pourraient surgir, du moment qu'elles ne sont pas le résultat d'une négligence évidente.—Nous adressons nos sincères félicitations à notre confrère Deschamps.

Association française pour l'avancement des Sciences.
Subventions.

Dans le séance du 16 février dernier, le Conseil d'administration de l'association a voté les subventions suivantes : MM. GONNESSIAT : pour compléter l'acquisition d'un appareil à passages artificiels pour l'étude des équations personnelles, 200 fr. — GÉLION TOWNE : pour la publication d'un Traité d'astronomie pratique, 150 fr. — COMMISSION permanente chargée d'établir un répertoire bibliographique des sciences mathématiques, 100 fr. — ROBERT : pour la construction d'un appareil de photographie microscopique, 100 fr. — LONDE : pour les expériences et la construction d'appareils pour l'application de la photographie à l'analyse des mouvements, 300 francs. — BÉCHAMP : pour des études chimiques sur l'hémoglobine et l'hématosine, 500 francs. — RAULIN : pour aider à la publication du relevé décennal des observations pluviométriques, 300 fr. — COMITÉ PERMANENT D'ÉTUDES AÉRONAUTIQUES : pour des expériences sur la résistance de l'air atmosphérique, 500 fr. — FICHEUR : pour aider à la publication d'un ouvrage (Description géologique de la Kabylie du Djurjura), 400 fr. — SAUVAGEAU : pour aider à la publication d'un travail sur les feuilles des plantes aquatiques, 500 fr. — LEGENDRE : pour aider à la publication de l'herbier scolaire, 600 fr. — SÉRULLAS : pour continuer ses recherches sur l'acclimatation de l'arbre à gutta-percha, 500 fr. — ARNAUD : pour des recherches sur le glycogène hypatique, 300 fr. — ROULE : pour des études sur le développement du Palœmon et du Phoronis, 400 fr. — SAINT-REMY : pour ses recherches sur la structure du cerveau chez les Arthropodes et sur l'anatomie des Trématodes marins, 500 fr. — J. BONNIER : pour poursuivre des études sur les crustacés parasites de la famille des Bopyriens, 600 fr. — SOULIER : pour ses études sur l'anatomie des annélides de la région de Cette, 500 fr. — MENEGAUX : pour des recherches sur le groupe des Gastéropodes, 300 fr. — CH. HENRY : pour des recherches physiologiques sur les odeurs, 150 fr. — DE LACAZE-DUTHIERS : pour les recherches et travaux de zoologie exécutés au laboratoire Arago à Banyuls-sur-Mer, 600 fr. — SOCIÉTÉ DES AMIS DES SCIENCES ET ARTS DE ROCHECHOUART : pour la continuation de fouilles de cimetières gallo-romains et mérovingiens, 450 fr. — ACADÉMIE D'HIPPONE : pour continuer les fouilles à Aïn-el-Hammam et Bir-el-Hanacher, 200 fr. — MOREL : pour aider à la publication de *la Champagne-Souterraine*, 250 fr. — SOCIÉTÉ DE BORDA, à Dax : pour continuer des fouilles dans les stations préhistoriques du nord-est des Landes, 250 fr. — Dr PINEAU : pour des fouilles à faire à Virson, 100 fr. — BOSTEAUX : pour continuer ses fouilles des cimetières gaulois de la région de Reims, 100 fr. — JACQUET : pour continuer ses recherches sur l'anatomie pathologique des maladies cutanées, 150 fr. — LESAGE et WINTER : pour leurs études sur le choléra asiatique et le choléra infantile, 150 fr. — CRITZMAN : pour la continuation de ses travaux sur l'anatomie pathologique de la tuberculose, 150 fr. — MAYET : pour continuer ses recherches sur le sang, 500 fr. — RABOT : pour la poursuite de ses études géologiques et ethnographiques dans les régions septentrionales de l'Europe, 500 fr. — BERTIN et PICQ : pour poursuivre leurs expériences sur le traitement de la tuberculose par le sang de chèvre, 500 fr. — Médailles aux capitaines au long cours ; Bourses de session, 1,000 fr. — Total, 12,000 francs.

Empoisonnement à bon marché.

On nous signale depuis longtemps l'existence d'une industrie des plus dangereuses pour la santé publique. A Paris et en province, des camelots vendent, sous les portes cochères ou dans les coins de rue, de la poudre ou du liquide destiné à réargenter les couverts. Sur la table d'occasion dressée devant eux s'étalent des manches de couteaux, des cuillers, des fourchettes brillant du plus vif éclat. Pour quelques sous, ces industriels offrent cette poudre ou ce liquide destiné à restaurer tous les objets de table et à les mettre à neuf. Naturel-

lement les bonnes, les petites ménagères, les ouvrières s'arrachent le produit et s'empressent de l'appliquer chez elles sur leurs couverts plus ou moins désargentés. Sans méfiance aucune, elles s'en servent, ainsi que ceux de leur entourage, loin de se douter que l'argentifère si brillamment prôné par le camelot n'est autre que du nitrate ou du cyanure de mercure! Nous demandons instamment au Conseil d'hygiène de Paris et au Comité consultatif d'hygiène de France de rappeler qu'il faut poursuivre avec la dernière énergie ces commerçants que l'ordonnance du 29 octobre 1846 et la loi du 19 juillet 1845 permettent de traduire en police correctionnelle.

A. Rousselet.

Association de prévoyance des médecins du Rhône.

Sur la proposition de MM. Rougier et Diday d'attacher à l'association de prévoyance des médecins du Rhône les femmes veuves, filles de ses membres, l'assemblée générale a décidé :

Art. 1er. — Les veuves, femmes, filles, mères ou sœurs de médecins sociétaires, ou décédés sociétaires sont appelées, sous le titre d'*auxiliaires donatrices*, à prendre part à l'œuvre des médecins du Rhône.

Art. 2. — La coopération qui leur est demandée consiste : 1° A acquitter une cotisation annuelle de cinq francs ; 2° A donner leur concours personnel à la commission administrative de l'association, soit spontanément, soit sur l'invitation qui leur sera adressée de vouloir bien fournir des indications sur les cas de détresses à secourir ; 3° A participer à l'assistance par les démarches personnelles et les moyens divers que leur tact ou leur dévouement leur inspireront comme les moyens les plus propres à améliorer le sort des veuves, femmes, filles, pères, mères, enfants, orphelins de médecins atteints par l'infortune.

Art. 3. — Ces moyens d'assistance dus au concours des dames auxiliaires donatrices, et proposés par elles, seront préalablement soumis à l'examen du Président de l'association, et, s'il y a lieu, à la commission administrative.

Art. 4. — L'intervention charitable des dames auxiliaires-donatrices dans l'œuvre d'assistance remplie par l'association ne pourra, en aucun cas, ni porter atteinte, ni déterminer de modifications à ses statuts.

Art. 5. — Un règlement sera ultérieurement, s'il y a lieu, proposé par la commission administrative sur les services des dames auxiliaires-donatrices de l'association.

Manifestation en l'honneur de M. Festraerts.

Notre confrère, M. Festraerts, rédacteur du *Scalpel*, a été l'objet, mercredi dernier, à 6 heures du soir, d'une manifestation touchante. Agé de 80 ans, qu'il porte du reste très allègrement, M. Festraerts a été médecin de la Compagnie des chemins de fer du Nord pendant un nombre considérable d'années. Il a prodigué ses soins depuis 1854 jusqu'à 1890 au personnel, et par son dévouement, l'aménité de son caractère, son urbanité, il a su s'attirer la sympathie de tous ceux avec qui il a eu des rapports. Une députation nombreuse d'inspecteurs, chefs de gare, employés de tous grades, membres du personnel des trains, chefs d'équipe, s'était rendu à sa demeure, avenue d'Avroy. Le but de la manifestation était de remettre à M. Festraerts son buste, sculpté par M. Mignon, le statuaire bien connu. La plupart des médecins de la Compagnie assistaient à la cérémonie. Tous ceux qui étaient empêchés par leurs services avaient envoyé leurs félicitations en termes chaleureux. M. Merck, garde-frein, a prononcé au nom du personnel un discours émouvant, rappelant les services du jubilaire. Avec amabilité et beaucoup d'à-propos, il a associé Mme Festraerts à la manifestation et lui a remis un superbe bouquet. Notre estimable confrère, très ému, on le comprend, a remercié avec effusion les nombreuses personnes ayant pris part à la manifestation. M. Mignon, sculpteur, assistait à la fête. Il a été vivement félicité sur son œuvre, si bien faite et si parfaitement ressemblante. La cérémonie s'est terminée par une fête intime qui laissera dans le cœur de tous de doux souvenirs. (*Journal d'Accouchements*).

Nous sommes heureux, en notre qualité d'ancien collaborateur du *Scalpel*, de joindre nos plus cordiales félicitations à celles qui ont été adressées à M. Festraerts, par tous ses confrères belges. (B.).

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central en Accouchements.* — La question écrite posée a été : *Région périnéale et anale ; Miction et défécation.*—*Concours du Bureau central en chirurgie.* — La question orale de pathologie posée jeudi dernier a été : *Hémorrhoïdes.* MM. Hartmann, Beurnier, Potherat et Albarran ont passé dans cette série.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1891, par le Dr Passant.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	10	20	9	39
2e	19	17	5	41
3e	28	58	15	101
4e	49	67	28	144
5e	23	38	10	71
6e	20	34	9	63
7e	36	31	12	79
8e	2	12	1	15
9e	16	31	4	51
10e	28	54	25	107
11e	89	159	86	234
12e	35	47	26	108
13e	40	99	50	189
14e	62	71	53	186
15e	40	84	34	158
16e	14	21	7	42
17e	49	92	29	170
18e	68	106	50	224
19e	72	87	35	194
20e	93	163	98	»
	793	1291	586	2670

Maladies observées.

Maladies observées.	
A	
Angines et laryng.	234
Croup	50
Coqueluche	7
Corps étrangers de l'œsophage	2
Otite	4
Ophthalmie	1
B	
Asthme	86
Affections du cœur.	102
Bronchites aiguës et chroniques	284
Pleuro-pneumonie.	170
Congestion pulmonaire	60
Grippe	»
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	160
Cholérine.	46
Dysentérie	»
Athrepsie	51
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	72
Hernie étranglée	38
Rétention d'urine	15
Fissure à l'anus	»
Orchite	5
Chute du rectum	1
Vulvo-vaginite	1
D	
Métrite. Métro-péritonite	75
Métrorrhagie	50
Fausse-couche	66
Accouc. Délivrance	218
Accouc. non terminé	37
E	
Affect. cérébrales	98
Eclampsie. Convuls.	81
Névralgies	35
Névroses	103
Epilepsie	17
Aliénation mentale.	15
Alcoolisme. Delirium tremens	19
Catalepsie	2
Rage	»
Syphilis constitut.	»
F	
Rhumatisme	38
Affections éruptives	75
Pustule maligne	»
Fièvre intermitt.	6
Fièvre typhoïde.	29
Hémorrhagies de causes internes et externes	92
G	
Plaies. Contusions.	95
Fractures. Luxations. Entorses	23
Brûlures	3
Congélat. des pieds	»
Empoisonnements.	23
Asphyxie par le charbon	5
— submersion.	»
Suicide	4
H	
Morts à l'arrivée du médecin	76
Total.	2670

La moyenne des visites par nuit est de 29 20/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 27,88/100
Les hommes entrent dans la proportion de 32 0/0.
Les femmes — — de 50 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 18 0/0.

Visites du 1er trimestre de	1890.	2,509
— —	1891.	2,690
Différence en plus.		161

Le mois de janvier, pendant lequel l'épidémie de grippe a sévi, comprend à lui seul 1,117 visites de nuit.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 25. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Retterer, Poirier. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Ricard. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Reynier, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Chauffard.

Mardi 26. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Polaillon, Maygrier. — (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Letulle. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Debove, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Guyon, Schwartz, Bar. — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Humbert, Quénu. — (2e partie) : MM. Proust, Legroux, Ballet.

Mercredi 27. — 2e définitif d'officiat : MM. Fournier, Segond, Marie. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Straus, Reynier, Retterer. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Pinard, Jalaguier, Tuffier. — (2e *Série*) : MM. Tillaux, Terrillon, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Grancher, A. Robin, Netter.

Jeudi 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Nélaton, Maygrier. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Quénu, Bar.

Vendredi 29. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnault, Baillon, Weiss. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Déjerine, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Tillaux, Tuffier, Ribemont-Dessaignes. — (2e *Série*) : MM. Pinard, Terrillon, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Chauffard.

Samedi 30. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Letulle, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène,

Legroux, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Humbert. — (2e *Série*) : MM. Le Dentu, Brun, Bar. — (2e partie) : MM. Cornil, Hutinel, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

JEUDI 28. — M. Thierry (Henry). De la responsabilité atténuée (Etude médico-légale). — M. Henriquez y Carvajal. Des engorgements ganglionnaires dans la rougeole.

Enseignement médical libre

Maladies des yeux. — M. le Dr KŒNIG : Conférences sur les *troubles de la vision dans les maladies du système nerveux.* Amphithéâtre Cruveilhier, à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, le samedi et le mardi à 8 heures du soir.

Maladies du larynx, des oreilles et du nez. — MM. les Drs LUBET-BARBON et Alfred MARTIN, les mardis, jeudis et samedis, à 4 h. 1/2. La durée du cours est de deux mois. S'adresser à la clinique, 19, rue des Grands-Augustins, les mardi, jeudi et samedi, de 2 à 4 heures.

Enseignement municipal supérieur.

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY, médecin de l'hôpital Laënnec, le jeudi 30, à 10 heures.

Conférences cliniques des hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMAN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredis et samedis à la même heure.

Conférences de gynécologie clinique et opératoire (Hôpital Lourcine-Pascal). — M. le Dr S. POZZI a commencé ce cours le lundi 11 mai, à 9 h. 1/2, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr de SAINT-GERMAIN (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), le jeudi, à 9 heures.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. RICHELOT (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2.

Clinique et thérapeutique. — M. Henri HUCHARD (Hôpital Bichat), le dimanche à dix heures très précises. — *Objet du Cours :* Médecine pratique. Diagnostic et traitement des maladies. Mode d'administration et posologie des médicaments. — Le lundi, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. Le mardi et le vendredi, consultations externes.

FORMULES

X. — Le thym contre la coqueluche (A. NŒVIUS).

L'auteur rappelle que M. S. B. Johnson a signalé en 1888 (*Centr. f. die med. Wissensch..*, 28 juillet) le thym comme le meilleur remède de la coqueluche. Puis, il fait connaître les avantages considérables qu'il en a tirés dans une épidémie de coqueluche qui s'était déclarée à Joensun. La guérison aurait eu lieu en 15 jours. Voici sa formule très simple :

Thym.	100 grammes.
Eau	700 —

Faites infuser et ajoutez :

Sirop de guimauve	50 —

Nous y substituerions volontiers du sirop de belladone. — A prendre par doses d'une cuillerée à thé ou à soupe, 8 à 12 fois par jour, suivant l'âge des enfants.

Nous empruntons ces renseignements au *Finsha Lakaresallskapets Handlingar*, rédigé par le Dr FAGERLUND, qui donne à la fin de chacun de ses numéros un résumé en français des articles publiés. B.

XI. — Douleurs utérines post-partum (RUTHERFORD).

Quinine	1 gramme.
Opium en poudre.	50 centigr.

F. S. A. 15 pilules. Une pilule toutes les deux ou quatre heures (*American Journ. of Obstetrics*, mars 1891).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 mai 1891 au samedi 16 mai 1891, les naissances ont été au nombre de 1282 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 472 ; illégitimes, 173, Total, 645. — *Sexe féminin :* légitimes, 444 ; illégitimes, 193, Total, 637.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 mai 1891 au samedi 16 mai 1891, les décès ont été au nombre de 1037 savoir : 567 hommes et 470 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 3, T. 6. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 22, F. 25, T. 47. — Scarlatine : M. 2, F. 4, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 3, T. 5 — Diphtérie, Croup : M. 10, F. 14, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 72, T. 197. — Autres tuberculoses : M. 24, F. 11, T. 35. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 6, T. 6 — Tumeurs malignes: M. 21, F. 25, T. 46. — Méningite simple : M. 18, F. 14. T. 32. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 18, T. 34. — Paralysie, M. 3. F. 8, T. 11. — Ramollissement cérébral : M. 10, F. 4, T. 24 — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 29, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 10, T. 24. — Bronchite chronique : M. 18, F. 21, T. 39. — Broncho-Pneumonie : M. 17, F. 21, T. 38 — Pneumonie : M. 34, F. 20, T. 54. — Gastro-entérite, biberon, M. 22, F. 21, T. 43 — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 7, T. 14. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 1, T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Débilité congénitale : M. 19, F. 13, T. 22 — Sénilité : M. 11, F. 20, T. 31. — Suicides : M. 15, F. 3, T. 18 — Autres morts violentes : M 7, F. 5, T. 12. — Autres causes de mort : M. 116, F. 82, T. 198. — Causes restées inconnues : M. 4, F. 5, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36, illégitimes, 11. Total : 47. — *Sexe féminin :* légitimes, 36, illégitimes, 19. Total : 49.

FACULTÉ DES SCIENCES DE LYON. — Un congé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, est accordé à M. Garcin, préparateur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon.

FACULTÉ DES SCIENCES DE POITIERS. — M. GUITTEAU, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé chef des travaux pratiques de chimie à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour l'adjuvat d'anatomie.* — Sont nommés : MM. Testan, Souligoux et Genouville, *ex æquo*, Mauvestin et Baillet, internes des hôpitaux. La question posée à l'épreuve orale a été : *Articulations des os du tarse.* L'épreuve de dissection était : *Région de la nuque* (muscles et nerfs des muscles). — M. CHAMBRELANT, docteur en médecine, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur du cours d'accouchement à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Crouzat, appelé à d'autres fonctions. — M. BOULAY (Maurice-Paul), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, préparateur des cours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Rémond, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — M. GUILHOT (Marie-Martial-Antoine-Louis), bachelier ès sciences et ès lettres restreint, est délégué dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pendant la durée du congé accordé à M. Fromaget du 16 mars 1891 au 15 mars 1892. — Un congé d'un an, à partir du 16 mars 1891 est accordé, sur sa demande, à M. Fromaget, préparateur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. FIEUX (Jean-Marie-Joseph-Georges), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de préparateur de médecine expérimentale à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux en remplacement de M. Lagrolet, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. D'HOUR (Louis-Henri-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé jusqu'au 31 octobre 1892, des fonctions de préparateur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Lepage, appelé à d'autres fonctions. — M. LEPAGE, préparateur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1892, des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Meyer, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé, sans traitement, du 1er mai au 31 juillet 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Moitessier, préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. Serre, agrégé libre près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'exercice jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891.

Ecole des sciences d'Alger. — M. Gentil (Louis-Emile), licencié ès sciences physiques, est délégué, du 16 mars 1891 au 30 avril 1892, dans les fonctions de préparateur de botanique à l'école des sciences d'Alger.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Herborisations.* — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 24 mai 1891, sur le plateau de Cormeilles. Rendez-vous à la gare du Nord, à 1 heure, pour le train partant de Paris à 1 h. 25 pour la station de Herblay.

Ecole de médecine et de pharmacie de Limoges. — M. Bernard du Temple, pharmacien de 1re classe, est maintenu, pour une période de trois ans, à partir du 19 juin 1891, pour les fonctions de chef de travaux chimiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Ecole de médecine de Rennes. — Il est fortement question, à l'Ecole de médecine de Rennes, de la création d'un Journal de Biologie. Les lauriers de l'Ecole de médecine de Nantes semblent troubler les membres de la future Université de Rennes. Qu'ils se consolent tous ? Il y a de l'eau à passer sous les ponts de la Loire avant qu'une Université soit créée dans l'Ouest. A moins que la ville cléricale de Nantes n'imite Marseille : ce qui est tout à fait improbable.

Université de Lausanne. — *Fêtes universitaires.* — Les diverses Facultés de Bordeaux ont été représentées, aux fêtes universitaires de Lausanne, par une délégation de douze étudiants. — Voici le programme de ces fêtes où les étudiants français et les délégués de notre Université ont été reçus avec enthousiasme. *Dimanche 17 mai* : Soirée familière au cercle de l'Abbaye de l'Arc. — *Lundi 18 mai* : 9 heures, service à la cathédrale ; cortège de la Cité au théâtre. 10 h. 1/2 à 1 heure, cérémonie universitaire ; cortège du théâtre à la Grenette. 1 h. 1/2, banquet, 7 h. 1/2, concert. — *Mardi 19 mai* : 10 heures, cantate Pestalozzi. Midi à 1 h. 1/2, promenade sur le lac Léman. 1 h. 1/2 à 6 h. 1/2, réception à Montreux. 9 heures, fête vénitienne à Ouchy. 10 h. 1/2, réception à Beau-Rivage. — *Mercredi 20 mai* : 9 heures à midi, réunion des Sociétés savantes. 1 heure, banquet des Sociétés savantes. 11 heures, Frühschoppen des étudiants. Midi, déjeuner des étudiants à Sauvabelin. 2 heures à 7 heures, fête champêtre des étudiants. 8 heures, cortège aux flambeaux. 10 h., Commers à la Grenette. Ces fêtes ont été très importantes. La séance officielle d'inauguration a été présidée par M. Planchon, directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, qui a prononcé le discours au nom de l'Université française.

Hôpitaux de Paris. — *Concours public pour la nomination à une place de Prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux.* — Il sera ouvert le lundi 3 août 1891, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17. MM. les élèves des Hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration, à partir de lundi 29 juin jusqu'au samedi 18 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures. — *Conditions du concours* (Extrait du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris) : Les élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices, en exercice, et les anciens élèves, quels que soient leur âge et leur qualité, sont seuls admis à concourir pour les places de Prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée. Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie. Pour les places du Prosecteur, les candidats ayant la qualité de Français sont seuls admis à concourir. Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close. Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au Secrétariat général de l'administration pour connaître la composition du jury. Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée, par écrit et cachetée, qu'ils remettent au Directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration. Le jury des concours pour les places de Prosecteur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux se compose de sept membres, savoir : cinq chirurgiens et deux médecins, qui sont pris parmi les chirurgiens et médecins des hôpitaux et hospices en exercice ou honoraires. Le directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie est, de droit, l'un des sept membres de ce jury. Les épreuves pour les concours aux places de Prosecteur sont réglées de la manière suivante : *Epreuves orales.* 1° Une épreuve portant sur l'anatomie ; 2° Une épreuve sur une question de physiologie ; 3° Une épreuve sur une question de pathologie externe. Il sera accordé à chaque candidat vingt minutes pour traiter chacune de ces questions, après vingt minutes de réflexion. — *Epreuve écrite.* Une composition sur une question d'anatomie pathologique, pour laquelle il sera accordé trois heures. — *Epreuves sur le sujet.* 1° Une épreuve de dissection extemporanée, avec démonstration par le candidat. Il sera accordé quatre heures pour la dissection, et dix minutes au plus pour la démonstration. L'objet de la préparation est désigné par la voie du sort entre trois questions posées par le jury avant d'entrer en séance ; 2° Une épreuve de pièces sèches et conservées, soit dans l'alcool, soit par tous autres moyens, et pour la préparation desquelles le jury fixe le temps accordé ; ces pièces pouvant être différentes pour chaque candidat, le jury dresse une liste de préparations à faire en nombre égal à celui des concurrents : elles sont numérotées et ensuite tirées au sort ; 3° Une épreuve d'opérations, qui a lieu en public. — Ces opérations sont au nombre de deux ; la désignation en est faite comme pour les préparations extemporanées. Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit : Pour les épreuves orales, 20 points ; pour la composition écrite, 30 points ; pour l'épreuve de dissection, 20 points ; pour l'épreuve de pièces sèches, 30 points ; pour l'épreuve d'opérations, 30 points. — Les opérations sur le cadavre ont lieu à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux. Les pièces anatomiques résultant du concours appartiennent au Musée de l'amphithéâtre ; aucune d'elles ne peut en être distraite.

Asiles publics d'aliénés de la Seine. — *Concours pour la nomination à une place de pharmacien.* — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine sera ouvert le lundi 22 juin 1891, à une heure précise, à l'asile-clinique (Sainte-Anne), rue Cabanis, n° 1, à Paris. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, bureau des aliénés, depuis le jeudi 21 mai, jusqu'au jeudi 4 juin 1891, inclusivement, de onze heures à quatre heures.

Bibliothèque de Royan. — Du comité d'inspection et d'achats de livres près de la bibliothèque municipale de Royan est nommé M. le Dr Guillaud, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil supérieur de l'instruction publique est convoqué en session extraordinaire pour le jeudi 28 mai 1891. La durée de cette session sera de huit jours.

Distinctions honorifiques. — Au cours du voyage dans le Midi de M. le Président de la République cette semaine, les décorations suivantes ont été accordées : *Officier de la Légion d'honneur* : M. Montaudon, administrateur des hospices de Limoges. — *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. Pario, du Muséum de Limoges ; M. le Dr Garabian, conseiller général de Montauban ; M. le Dr Rême, ancien maire de Montrejeau. — *Officier de l'Instruction publique* : M. le Dr Chéniex, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges. — *Officier d'Académie* : M. le Dr Escorne, adjoint au maire de St-Yrieix.

Exposition internationale de Microscopie. — A l'occasion du troisième centenaire de la découverte du microscope, on organise une exposition historique internationale de tout ce qui se rapporte à cet instrument. Elle doit avoir lieu à Anvers, aux mois d'août et de septembre de cette année.

La Loi sur les Aliénés. — M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur, a été entendu la semaine dernière par la commission de la Chambre, qui est chargée d'examiner le projet Reinach, relatif à la revision de la loi de 1838 sur les Aliénés. M. Monod a demandé à cette commission d'ajourner toute décision jusqu'à ce que le Conseil supérieur de l'Assistance publique ait été appelé à donner son avis sur cette question. La session réglementaire de ce conseil, qui devrait avoir lieu fin juin, va être avancée par le Ministre de l'intérieur, afin qu'on puisse avoir plus rapidement la consultation sur la question des aliénés. La commission a décidé de déférer à ce désir, et en

attendant, elle va entreprendre une enquête technique et notamment entendre les principaux médecins aliénistes.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, commencera samedi prochain, 23 mai, à 4 h. 1/4 précises, dans l'amphithéâtre de minéralogie du Muséum d'histoire naturelle du Jardin des Plantes, une série de leçons publiques sur les méthodes de reproduction artificielle des minéraux. Le cours continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — M. CHALAIN (Henri), sous-chef du 4e bureau de la direction de l'enseignement supérieur, est nommé secrétaire agent comptable au Muséum d'histoire naturelle en remplacement de M. Chezal, décédé.

DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LES HÔPITAUX. — La Société des chirurgiens des hôpitaux, présidée par M. Lannelongue, a nommé, après une vive discussion, une commission composée de M. L. Championnière, Reclus, Horteloup, Tillaux et Brun, pour étudier cette question.

JOURNALISTES MÉDICAUX. — L'*American Medical Association* veut développer son journal le *Journal of the American Medical Association*, et elle estime que pour cela il lui faut un rédacteur en chef qui soit payé de 50,000 à 75,000 francs ! Avouons, sans fausse honte, que nous sommes loin d'être aussi cotés dans notre pays !

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous nous empressons d'annoncer à nos lecteurs l'apparition des nouveaux journaux de médecine suivants: le *Progrès thérapeutique*, gazette mensuelle ; le *Monde médical*, l'*Univers médical*, l'*Actualité médicale*, le *Feuillet médical*, la *Revue du Praticien*, qui s'édite à Lyon, la *Revue des nouveautés médicales*, etc., etc.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU LOIRET. — Cette Société, autorisée par arrêté du préfet, du 20 juin 1890, a déjà donné plusieurs séances. Elle a pour objet l'étude des sciences médicales et a son siège à Orléans, dans une des salles de l'hôtel de ville. Cette Société fera paraître, tous les six mois, un recueil de ses travaux. *Président* : le Dr Chipault ; *Vice-président* : le Dr Pilate ; *Secrétaire général* : le Dr Beaurieux ; *Secrétaire des séances* : le Dr Geffrier ; *Trésorier archiviste* : le Dr Patay.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour du lundi 25 mai, à 4 h., rue de l'Abbaye: 1° Rapport de la Commission des membres titulaires: M. BALLET. Elections ; — 2° Rapport sur la candidature de M. Beugnies-Corbeau: M. VALLON. Election ; — 3° Présentation d'une sonde œsophagienne: M. TARGOWLA ; — 4° Atrophie partielle symétrique des hémisphères et porencéphalie du lobe frontal droit : M. SALGO ; — 5° Communications diverses.

TRICHINOSE. — *Empoisonnement*. — A l'hôpital Saint-François, à New-York, une femme, Joanna Muller, et son mari viennent de succomber à la trichinose. L'autopsie faite par le docteur Edson, médecin du conseil de santé, a révélé la présence de la Trichine en quantité énorme dans les tissus musculaires des bras et des jambes et dans le cœur des victimes. L'opinion est émue de la constatation officielle de l'infection de la viande de porc américain.

TRANSPORT DES CONTAGIEUX. — Nombre de villes possèdent des voitures spéciales pour le transport des contagieux. A maintes reprises, le Dr Halma-Grand a demandé cette création à Orléans. Nous croyons savoir qu'elle est sur le point d'aboutir. Il est du devoir de toute municipalité de créer ce genre de service. Les accidents fréquents qui se produisent par le transport des malades dans les voitures de place plaident en faveur de l'organisation dans chaque grande ville de province de postes spéciaux où l'on puisse trouver des véhicules spéciaux pour les contagieux.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr FEIGNEAUX (de Bruxelles), membre de l'Académie de médecine, médecin de l'ambassade française, officier de la Légion d'honneur. On lui doit un certain nombre de mémoires sur la thérapeutique et l'hygiène des maternités. Il était le directeur de l'*Art médical*, où il a toujours soutenu avec courage les intérêts du corps médical et l'un des fondateurs de la Société de médecine publique de Belgique. Il rendit, en 1870-71, de grands services aux réfugiés français en Belgique. — M. le Dr JUHEL (de Caen). — M. le Dr RAMEY, médecin militaire. — M. le Pr LOCHMANN, de la Faculté de médecine de Christiania. — Un grand nombre de journaux de médecine ont annoncé le décès de M. le Dr COMBALAT (de Marseille). Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que cette malencontreuse nouvelle est due à un organe officiel qui a annoncé le décès, alors qu'il voulait dire simplement que M. Combalat était *mis à la retraite* pour une fonction sans importance. — M. le Dr LE DIBERDER père (de Lorient). — M. le Dr Ernest BANCEL, maire de Melun, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, président de l'Association médicale de Seine-et-Marne, médecin de l'hôpital de la Maison centrale et de la Compagnie P.-L.-M., décédé à Melun, le 18 mai dernier, à 67 ans. — M. le Dr ALAVOINE (de Landerneau, (Finistère), reçu en 1849. — M. le Dr BLUM (M.-A.-Albert), ancien maire de Rosheim (Bas-Rhin), père de M. Blum, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, mort à Paris, le 16 mai, à 88 ans.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. TERRILLON, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2. — *Clinique mentale :* M. Auguste VOISIN, le dimanche 31 mai, à 10 h.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL NECKER. — Clinique médicale: M. RENDU, jeudi à 10 h.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* M. LANNELONGUE, mercredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale.* — M. LEGROUX, mercredi à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Service du Dr QUINQUAUD. — Enseignement de la Dermatologie et de la Syphiligraphie, 1° Enseignement élémentaire : Lundi à 5 h., Dermatologie et Syphiligraphie : Dr Quinquaud. — Mercredi et vendredi à 5 h., Dermatologie : Dr Brocq. — 2° Enseignement supérieur : Pathologie générale et Thérapeutique des affections cutanées et Chimie et Physiologie pathologique des maladies de la peau : Dr Quinquaud. — Lundi à 10 h. 1/2, Pathologie comparée des maladies cutanées : M. Mégnin. — Mercredi à 10 h. 1/2, Pharmacologie appliquée aux affections de la peau : M. Portes. — Jeudi à 10 h. 1/2, Physiologie normale et pathologique de la peau : Dr Butte. — Vendredi à 10 h. 1/2, Bactériologie appliquée aux lésions cutanées : M. Veillon. — Samedi à 10 h. 1/2, Anatomie pathologique des maladies de la peau : Dr Nicolle. — Dimanche à 10 h. 1/2, Laryngologie dans ses rapports avec la Dermatologie et la Syphiligraphie, Dr Cuvillier. — Ophtalmie dans ses rapports avec la Dermatologie et la Syphilographie, M. Morax. — Leçons au lit du malade, Drs Jacquet et Raymond.

Avis. — En raison des modifications survenues dans le programme du Cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles. Provisoirement, les travaux de son service seront limités aux suivants : *Mardi*, Opérations dermatologiques, laboratoire Alibert, à 9 h. *Mercredi*, affections du cuir chevelu et dermatophyties, laboratoire Alibert, à 9 h. *Vendredi*, consultation clin., 38, rue Bichat, à 9 h.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 22. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 MAI 1891

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le Pr **I. STRAUS**.

Sur la morphologie de la cellule bactérienne.

Messieurs,

Les bactéries sont constituées par des cellules isolées ou juxtaposées, de forme ronde, ovale, cylindrique ou incurvée ; les dimensions de ces cellules sont variables, mais toujours extrêmement petites ; ainsi, le diamètre des cellules arrondies (micrococcus) est parfois inférieur à un dixième de μ et dépasse rarement 1 μ ; pour les formes allongées, cylindriques (bacilles), le diamètre est généralement de 1 μ et la longueur deux ou trois fois plus grande. Toutefois, chez certaines espèces, qui du reste se séparent du groupe général des bactéries par d'autres caractères encore, chez les *Beggiatoa*, les *Crenothrix* et les *Cladothrix*, les dimensions des cellules sont plus considérables ; celles du *Beggiatoa mirabilis* ont une largeur de 35 μ ; le *Spirochæta plicatilis* est formé de cellules dont la largeur atteint jusqu'à 225 μ (un quart de millimètre).

Les cellules bactériennes sont non seulement les plus petits mais, croyait-on, les plus simples des êtres vivants. Examinées à l'état frais par les plus forts grossissements, elles ne révèlent pas de détails de structure et semblent formées d'une masse protoplasmique, transparente et homogène. Cette masse se colore en jaune-brun par la solution aqueuse d'iode, ce qui en indique la nature albuminoïde. Elle fixe énergiquement certaines matières colorantes, le carmin, l'hématoxyline et surtout les couleurs dérivées de l'aniline désignées par Ehrlich sous le nom de couleurs *basiques* d'aniline. L'affinité des bactéries pour ces couleurs est supérieure à celle du protoplasma des cellules animales, supérieure même à l'affinité que présente pour elles le noyau de ces cellules.

L'immense majorité des bactéries est privée de chlorophylle ; cette règle ne comporte que de très rares exceptions (*Bacterium virens* de van Tieghem). Les bactéries ne peuvent donc pas, comme les végétaux verts, utiliser les rayons solaires pour assimiler directement le carbone de l'acide carbonique de l'air ; de même que les champignons, elles sont obligées d'emprunter le carbone à des composés organiques déjà formés. Elles n'ont pas besoin de l'intervention de la lumière pour se nourrir et s'accroître, et beaucoup vivent dans l'obscurité la plus complète.

La plupart des bactéries, lorsqu'on les examine en amas compacts, en *colonies*, présentent une coloration blanchâtre ou grisâtre. Il en est d'autres qui sont remarquables par une couleur rouge, jaune, verte, bleue, violette, etc. Mais, même dans ces cas, les microbes isolés, vus aux plus forts grossissements, apparaissent incolores, à cause de leur extrême petitesse ; de sorte qu'il est difficile de décider si le pigment qui colore la masse de la culture siège dans le protoplasma des cellules ou dans leur enveloppe, ou s'il ne s'agit pas simplement d'une matière sécrétée, extra-cellulaire. Toutefois, pour quelques formes relativement très grosses, le *Beggiatoa roseo-persicina* de Ray-Lancaster et de Zopf, par exemple, il est démontré que le protoplasma lui-même est coloré en rose clair.

Le protoplasma de certains microbes renferme des corps particuliers. On y trouve parfois des granulations brillantes, noircissant par l'acide osmique ; ce sont probablement des granulations graisseuses. Dans les cellules des sulfuraires (Beggiatoa) on voit des grains fortement réfringents, brillants, entourés d'un large contour noir : ce sont des grains de soufre, solubles dans le sulfure de carbone. Il est des microbes dont le protoplasma se colore en bleu foncé par l'action de la solution aqueuse d'iode, ce qui tient à la présence d'une variété d'amidon soluble, la granulose. Cette constatation fut faite pour la première fois par Trécul sur le *Bacillus amylobacter* (vibrion butyrique de Pasteur). La granulose a été trouvée depuis dans les cellules de la *Sarcina ventriculi*, par Hansen sur une variété du ferment acétique (*Bacterium pasteurianum*) et sur le *Leptothrix buccalis*. Il est à remarquer que l'amidon se trouve dans les cellules bactériennes, même quand la culture s'est effectuée sur des milieux totalement privés d'amidon ; ce qui montre que ces cellules sont capables de former de l'amidon aux dépens des hydrates de carbone.

Les cellules bactériennes possèdent une *membrane d'enveloppe*. Quand on examine, à un grossissement suffisant, des bactéries flottant dans un liquide, on voit leur contour limité par un trait net et ferme, ce qui est déjà une présomption en faveur de l'existence de cette enveloppe. Celle-ci est surtout mise en évidence par les réactifs qui, comme la solution alcoolique d'iode, font rétracter le protoplasma tout en le colorant ; la membrane apparaît alors nettement, soulevée et détachée du protoplasma sous-jacent.

D'après de Bary, la membrane d'enveloppe n'est que la couche la plus interne, épaissie et solidifiée, d'une couche gélatineuse qui entoure le corps protoplasmique. Quelques microbes, le pneumocoque par exemple, sont caractérisés par la présence d'une « capsule » que certains réactifs colorants permettent surtout de bien voir, capsule qui n'est autre chose que cette couche gélatineuse enveloppant le corps cellulaire. La formation d'amas dits *zooglœiques* repose précisément sur la présence de cette gangue gélatineuse ou muqueuse agglutinant les bactéries les unes aux autres.

D'après certaines analyses, la membrane d'enveloppe des bactéries serait formée d'un hydrate de carbone très voisin de la cellulose. Ainsi s'expliquerait une particularité très remarquable des bactéries, déjà signalée par Dujardin et surtout mise en évidence par Ch. Robin et par Recklinghausen ; c'est leur résistance à l'action de l'ammoniaque, de la potasse, de l'acide acétique et même de l'acide sulfurique. Robin invoquait principalement cette propriété des bactéries pour les ranger parmi les végétaux microscopiques. Avant que Weigert nous ait appris à colorer les microbes dans les tissus, Recklinghausen avait montré qu'il est possible de les y déceler,

dans certains cas, à l'aide de la potasse ou dè l'acide acétique, réactifs qui respectent les microbes, alors que, sous leur action, les granulations protéiques pâlissent et se dissolvent. C'est sans doute à leur membrane d'enveloppe, quelle que soit sa composition chimique, que les bactéries doivent en grande partie cette résistance aux alcalis ou aux acides. Les analyses de Nencki ont du reste montré que, pour certaines bactéries du moins, l'enveloppe n'est pas constituée par de la cellulose, mais est de nature albuminoïde (myco-protéine). D'après Neisser, pour quelques bactéries, cette enveloppe serait probablement de nature graisseuse.

Un certain nombre de bactéries sont douées de mouvements actifs de locomotion ; ces mouvements sont toujours dus à l'existence de cils ou flagella, extrêmement fins, uniques ou multiples, à implantation variable à la surface de la bactérie. Les mouvements de ces cils sont si rapides et leur ténuité si grande qu'il est presque toujours impossible de les apercevoir sur les microbes observés sans préparation préalable dans le liquide où ils se meuvent. Pour les voir, il faut recourir aux procédés de coloration, sur des préparations desséchées et fixées sur la lamelle. Même dans ces cas, la coloration des cils peut être tellement faible qu'elle n'arrive pas à impressionner notre rétine, alors cependant qu'elle agit sur la plaque photographique, beaucoup plus sensible. Il arrive donc que l'on peut obtenir sur le négatif la représentation de flagella qui échappent à l'examen direct de la préparation. C'est surtout grâce aux photogrammes, employés d'abord par Koch, que l'étude des prolongements ciliés des microbes est devenue plus précise. Ces notions ont été récemment enrichies de données nouvelles par Lœffler qui, en perfectionnant les méthodes de coloration, a pu mettre en évidence par la photographie l'existence de cils sur tous les microbes mobiles, sans exception, même sur les microcoques doués de mouvement actif.

D'après Zopf, les flagella des microbes seraient constitués, ainsi que cela a été établi par de Bary pour les cils mobiles de la zoospore des algues et des champignons, par des prolongements, des expansions protoplasmiques pouvant sortir à travers la membrane d'enveloppe et y rentrer par de petits pertuis creusés dans cette membrane. Mais d'après les recherches de van Tieghem (et son opinion tend de plus en plus à prévaloir), les prolongements ciliés des microbes ne sont pas des expansions du protoplasma, mais des appendices de la membrane d'enveloppe avec laquelle ils font corps.

Les bactéries peuvent présenter deux modes de *multiplication* ou de *reproduction*: par division de la cellule végétative et par spores.

La multiplication par division s'effectue par bipartition. Le corps de la cellule s'allonge un peu, puis se cloisonne en son milieu par une très fine ligne de séparation qui ne tarde pas à se dédoubler ; la cellule-mère donne ainsi naissance à deux cellules-filles qui s'écartent plus ou moins ou demeurent accolées. C'est ce mode de multiplication qui a fait donner aux bactéries le nom de *Schizophytes*. Souvent les lignes de cloisonnement qui séparent les cellules ne se voient pas sur les préparations fraîches et n'apparaissent qu'à l'aide de certains réactifs, l'alcool, la teinture d'iode, les couleurs d'aniline. D'ordinaire la division s'effectue toujours dans une seule direction, ce qui amène la disposition des cellules en série linéaire, d'où les assemblages connus sous le nom de Streptococcus, Leptothrix, Spirilles, Spirochœta.

Chez un certain nombre de microbes, la segmentation, au lieu de se faire dans une direction unique et de donner ainsi naissance à des individus isolés ou alignés en série linéaire, se fait dans deux ou même dans les trois directions de l'espace. Dans le premier cas, la cellule se divise suivant deux plans perpendiculaires et donne naissance à une tablette de *tétrades*, constituée par quatre cellules-filles disposées en carré (*tétragène, merismopedia*). Quand la division se fait dans le sens des trois dimensions, on observe des amas cubiques formés de seize cellules, dont un des exemples les plus connus est la sarcine de l'estomac (*Sarcina ventriculi*, Goodsir) et les diverses sarcines de l'air et de l'eau.

Metchnikoff a décrit, sous le nom de *Pasteuria ramosa*, une bactérie parasite dans le corps des Daphnies qui présente un mode particulier et rare de multiplication, par division *longitudinale*, comme les cellules terminales de certains champignons. La division longitudinale, s'opérant d'une façon incomplète, donne naissance à des formes en éventail, pédiculées, rappelant l'aspect de l'actinomyces. Ce n'est que quand la division s'est complètement achevée que les segments de la cellule ramifiée se séparent et forment des bactéries isolées, dont la nature réellement bactérienne s'affirme, du reste, par la propriété de donner des endospores (1).

Outre la multiplication par division, un certain nombre de bactéries présentent, dans des conditions déterminées d'âge, de nutrition, de température, un deuxième mode de reproduction, tout différent, par de véritables formes de fructification, par des *spores*. C'est à Pasteur que l'on doit d'avoir le premier, dès 1870, montré que les bactéries peuvent donner naissance à des spores comparables aux spores des champignons. Il constata que les bacilles de la *Flâcherie* des vers à soie contiennent, à un moment donné, dans leur intérieur, des « noyaux brillants » en même temps que leur substance se résorbe autour de ces noyaux. Pasteur constata en outre que « ces germes de la flâcherie, ces kystes » comme il les désignait, supportent sans périr une dessication prolongée et peuvent conserver pendant des années leur végétabilité et leur virulence. C'est ainsi qu'il expliquait la persistance des épidémies de la maladie dans les éducations des vers à soie (2).

En 1875, Cohn (de Breslau), dans ses recherches sur le *Bacillus subtilis*, s'assura que dans l'intérieur des filaments se forment des points brillants, réfringents. Ce sont des « cellules durables », des spores qui ont la propriété de résister à l'eau bouillante pendant un temps assez long. Cohn fournit la preuve décisive qu'il s'agissait bien de spores, en montrant qu'elles sont susceptibles de *germer* et de donner naissance à un nouveau bacille. En 1876, Koch se révélait au monde savant par le mémoire célèbre où il découvrait la sporulation du *Bacillus anthracis* et basait sur cette notion de la spore la véritable étiologie de la maladie charbonneuse. Depuis, le mode de reproduction par spores a été constaté pour un certain nombre d'autres micro-organismes.

Quand la spore doit apparaître à l'intérieur de la cellule bactérienne, on voit le contenu de celle-ci perdre sa transparence et devenir très finement granuleux ; puis se montre un corpuscule brillant, homogène, réfringent qui prend généralement une forme ovoïde et s'entoure d'une membrane épaisse, résistante. C'est la

(1) Metchnikoff.—*Pasteuria ramosa, une bactérie à division longitudinale* (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, p. 165).
(2) Pasteur. — *Etudes sur les maladies des vers à soie*, Paris, 1870, t. I, p. 161 et 228.

spore. Autour d'elle, le protoplasma de la cellule ainsi que sa membrane d'enveloppe se résorbent graduellement, et la spore est alors dégagée et libre.

Nous avons vu que la plupart des bactéries se colorent rapidement à l'aide de solutions aqueuses des couleurs basiques d'aniline; les spores achevées, bien formées, présentent cette particularité de ne pas se colorer par la simple méthode de Weigert; pour les colorer, il faut employer des solutions douées d'un pouvoir tinctorial plus énergique, telles que les solutions d'Ehrlich, de Ziehl, etc.; il faut en outre laisser agir ces solutions pendant un temps assez long ou en hâter l'action par l'emploi de la chaleur. En revanche, les spores retiennent aussi plus fortement les matières colorantes et résistent bien mieux que le corps des bactéries aux agents décolorants puissants, tels que l'alcool additionné de 3 0/0 d'acide chlorhydrique ou l'acide nitrique dilué dans quatre parties d'eau. Il est probable que la résistance des spores à la coloration ainsi que la ténacité avec laquelle, une fois colorées, elles retiennent les matières colorantes, sont dûes à la présence de la membrane épaisse qui les entoure.

Quand les spores sont formées et « mûres », si les conditions sont convenables, on assiste à une évolution qui aboutit à la transformation de la spore en une nouvelle cellule végétative, en un nouveau bacille. C'est la *germination*. La spore perd de sa réfringence et se gonfle, puis la membrane d'enveloppe éclate pour laisser sortir le protoplasma. Cette déchirure de l'enveloppe est très nette pour certaines espèces ; elle se fait pour les unes à l'un des pôles du grand axe, pour d'autres à l'une des extrémités du petit diamètre. On avait, jusque dans ces derniers temps, exagéré l'importance de ces deux modes de déhiscence comme caractère différentiel des bactéries ; on sait maintenant que ces deux modes peuvent se rencontrer pour une seule et même espèce. Du reste, les spores ne sont pas nécessairement ovoïdes; il est des bactéries dont les spores sont rondes et pour lesquelles les modalités différentes de déhiscence du germe dont il vient d'être question n'existent pas. Enfin, il est des spores, celles du *Bacillus anthracis* notamment, dont la germination s'effectue sans éclatement visible de la membrane d'enveloppe ; il est probable que celle-ci subit, dès le début de la germination, une gélification et une résorption rapide. Quel que soit le mode de déhiscence, le protoplasma de la cellule bactérienne naissante, mis en liberté, s'allonge et finalement constitue une nouvelle bactérie identique à celle qui a servi de point de départ au cycle évolutif.

Le mode de sporulation qui vient d'être décrit est désigné par de Bary sous le nom de reproduction par *endospore*. La spore apparaît dans l'intérieur de la cellule végétative et se développe au dépens d'une partie seulement du protoplasma de cette cellule, le reste du protoplasma et l'enveloppe de la cellule disparaissant ensuite par résorption. La reproduction par endospores a surtout été observée pour les bacilles et pour quelques spirilles ; elle semblait manquer totalement chez les micrococcus.

Par opposition aux endospores, de Bary a admis un deuxième mode de sporulation, tout différent, par *arthrospores* (αρθρον, membre, segment). « Ce nom, dit-il, signifie que tel ou tel segment, tel ou tel individu de l'assemblage des cellules végétatives se transforme directement, sans formation endogène préalable, en une spore, c'est-à-dire en un élément susceptible de devenir le point de départ de nouvelles générations de cellules végétatives ». La cellule bactérienne entière se transformerait donc en spore. De Bary, du reste, ne créait la classe des arthrospores qu'avec certaines réserves et d'une façon pour ainsi dire provisoire, pour quelques espèces bactériennes chez lesquelles l'expérience montre qu'il existe des formes résistantes, alors cependant qu'elles ne possèdent pas de spores endogènes. Cette notion des arthrospores a été surtout propagée en bactériologie par Hueppe, dans ses recherches sur les formes durables ou arthrospores du bacille du choléra (1).

Mais de récents travaux, dus à Prazmowski, tendent à révoquer en doute l'existence d'arthrospores, telles que les concevaient de Bary et Hueppe. Ainsi, le groupe entier des micrococcus aurait, d'après ces auteurs, pour caractère de ne jamais présenter d'endospores. Or, l'étude du *Micrococcus ureæ* (*merista ureæ*), faite par Prazmowski, lui a révélé l'existence, dans les cultures anciennes, à côté de formes involutives destinées à périr, de cellules brillantes, réfrigérentes, entourées d'une membrane à double contour, résistantes à l'action de la dessication et de la chaleur, susceptibles enfin de germer à la manière des spores et de donner naissance à de nouvelles cellules végétatives: en un mot, de véritables endospores. Des constatations analogues furent faites par Prazmowski sur une bactérie retirée des excréments des ruminants et se rapprochant du *Bacterium lineola* de Cohn ; sur cet organisme aussi, Prazmowski a pu mettre en évidence de véritables endospores. Il ne doute pas que la même constatation ne se fasse tôt ou tard pour l'ensemble des micro-organismes pour lesquels, faute de notions plus précises, on admet encore l'existence d'arthrospores et il estime que « l'opinion ancienne qui n'admettait pour toutes les bactéries qu'un seul mode de fructification, par spores endogènes, est bien l'opinion exacte (2) ».

Telle était la façon dont, jusque dans ces derniers temps, on concevait la structure de la cellule bactérienne : une masse protoplasmique munie d'une membrane d'enveloppe et privée de noyau. A un moment donné pouvait apparaître à l'intérieur du plasma un organe de fructification tout spécial, la spore, n'ayant aucune analogie avec le noyau des cellules ordinaires, dont elle se distingue au contraire par ses caractères histo-chimiques et en particulier par ce qu'elle est réfractaire aux matières colorantes qui ont de l'affinité pour le noyau. Les bactéries semblaient donc rentrer dans la classe des êtres cellulaires privés de noyau dans le règne des *Monères* comme Hæckel les a désignés. Il est vrai que cette conception de Hæckel avait perdu de plus en plus du terrain dans ces vingt dernières années, en ce sens qu'un grand nombre d'organismes, en particulier de protozoaires, qu'il regardait comme des cellules sans noyau, ont été reconnus depuis comme étant munis de noyaux. Les Bactériacées seules et le groupe si voisin des *Cyanophycées* (Algues) semblaient défier tous les efforts et paraissaient réellement privés de noyaux. Exception d'autant plus étrange que la cellule bactérienne possède précisément l'un des attributs principaux du noyau de la cellule, une affinité très grande pour certaines matières colorantes, pour les couleurs basiques d'aniline notamment; exception tout aussi étrange au point de vue de la cytologie générale,

(1) Hueppe. — *Die Formen der Bakterien und ihre Beziehungen zu den Gattungen und Arten.* Wiesbaden, 1886, p. 129.
(2) Prazmowski. — *Ueber Sporenbildung bei den Bakterien* (*Biolog. Centralbl.*, 1888-1889, Bd. 8, p. 301).

*

aujourd'hui surtout où tout montre le rôle de plus en plus prépondérant du noyau dans l'économie de la cellule. Les recherches que je vais maintenant vous exposer ont fait sortir la cellule bactérienne de cette position exceptionnelle et ont établi qu'elle rentre, elle aussi, dans le type commun de la cellule et qu'elle possède un noyau.

(*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'Ecole libre d'Aveugles d'Angers.

Emploi d'un procédé nouveau d'écriture pouvant être lue par les voyants.

Il y a quelques semaines, j'ai visité, à Angers, sous la conduite de mon excellent ami, M. le Dr Montprofit, l'Institution libre des Aveugles qu'a fondée, au bout du Mail, au prix des plus grands sacrifices, avec un dévouement sans bornes, une femme énergique, dont le nom restera désormais attaché à l'histoire de l'éducation de ces pauvres infirmes : j'ai nommé Mlle Mulot.

Je n'oublierai jamais l'impression ressentie, à mon entrée dans cette vaste maison, aux apparences si modestes, perdue là-bas, dans ces quartiers neufs qui ont transformé la capitale de l'Anjou, au milieu de terrains encore vagues ! Mlle Mulot était absente : une jeune fille aveugle, collaboratrice dévouée de celle à qui l'on doit le progrès très remarquable sur lequel nous allons revenir, nous reçut, mon ami et moi, avec une grâce charmante. C'est en écoutant les réponses si claires de cette jeune personne qui a pu passer ses examens élémentaires comme si elle possédait ses deux yeux, qui a pu composer et être reçue, mêlée à la foule des voyantes, que j'ai nettement compris, pour la première fois — je n'éprouve nulle honte à l'avouer ici — ce que *n'y plus voir* voulait réellement dire ; quelle tragique sensation de Néant on devait éprouver quand on sentait la lumière s'enfuir pour jamais ! Il me semblait la *voir*, moi, cette si intelligente aveugle, allant et venant sur la Terre, seule, dans une plaine sans limites, indifférente aux choses d'alentour. Mais j'ai hâte d'en finir avec ces souvenirs personnels, si intenses soient-ils encore ! Voici ce que j'allais voir là-bas, ce que j'y vis en effet.

Mlle Mulot, après des années de recherches, perfectionnant un procédé, d'ailleurs connu, d'écriture pour aveugles, est arrivée à réaliser un petit appareil qui permet à ces pauvres enfants d'écrire avec des caractères en relief, absolument analogues aux caractères d'imprimerie, et très facilement compréhensibles pour les voyants sachant lire. C'est là un très grand avantage ; on le comprendra sans peine. En effet, l'écriture employée dans nos écoles nationales d'aveugles s'effectue aussi avec des caractères en relief, naturellement; mais ces caractères sont de pure convention et impossibles à déchiffrer pour les voyants qui n'ont pas reçu l'instruction spéciale. Il en résulte que les journaux, les livres à l'usage de ceux qui ne voient pas sont, généralement, absolument inutiles et indéchiffrables pour ceux qui ont conservé la vue. Une lettre écrite par un aveugle ne peut être lue que par un autre aveugle, élevé à la même école, habitué aux mêmes signes conventionnels. Dans le système perfectionné par Mlle Mulot au contraire, la lettre écrite par l'aveugle est parfaitement déchiffrable par le voyant comme par l'aveugle. L'expérience a été faite devant nous avec un plein succès. Mlle Mulot a fait encore répéter en notre présence toute une série d'exercices qui montrent quels services ce procédé peut rendre pour les calculs arithmétiques, si difficiles à faire avec les signes Braille. Pour nous, notre opinion est faite : on est en face d'un progrès réel.

Malheureusement, nos institutions d'aveugles sont organisées pour le système Braille. Elles possèdent un matériel considérable, ayant pour base cette découverte, simple et merveilleuse, à n'en pas douter, l'écriture conventionnelle en relief, mais dépassée de nos jours. Elles ont des imprimeries spéciales, des bibliothèques entières, des journaux, etc., qu'il faudrait détruire entièrement, jeter au feu, si la méthode proposée par la vaillante dame angevine était reconnue meilleure que les anciens errements. Aussi Mlle Mulot, qui est une femme de progrès et... de province, ne trouve-t-elle à Paris (1), dans le monde officiel des aveugles — il y a de l'officiel partout — qu'une résistance opiniâtre. Ce qui se comprend d'ailleurs. La réforme acceptée en principe, ce serait un capital considérable sacrifié : que faire en effet de tout le stock de livres imprimés à l'antique manière ? Paris résistera donc, jusqu'au moment où il aura la main forcée par la presse, par le public mis au courant de la question.

Ce petit article n'a pas d'autre but que d'initier nos lecteurs à cette intéressante trouvaille. Ayons confiance : Un jour viendra certainement où l'intérêt général l'emportera sur une question de personne ou de budget, où l'on reconnaîtra que Mlle Mulot, par sa ténacité et son désintéressement, a bien mérité de la Patrie... ou tout au moins de celle des Aveugles. Marcel B.

L'Hôpital de Berck-sur-Mer.

Nous avons annoncé récemment que la place de médecin de l'hôpital de Berck était vacante, par suite de la mort de M. le Dr Cazin. Le moment est donc venu pour l'administration de l'Assistance publique d'offrir de nouveau cette place à l'un des chirurgiens ou des médecins du Bureau central. Nous disons chirurgiens ou médecins, car le rôle du médecin, dans cet établissement, est au moins aussi grand, sinon plus, que celui du chirurgien. Enfin, à défaut de l'un d'eux, nous estimons que, fidèle à sa longue et libérale pratique, l'Administration devrait recourir à un concours spécial, comme elle l'a fait autrefois et avec raison pour la place de médecin d'un établissement bien moins important, l'hôpital de Forges-les-Bains. B.

(1) Récemment M. le Dr Legludic, député de la Sarthe, est venu faire à Paris une conférence sur ce sujet. Elle a eu beaucoup de succès ; mais personne n'a rien fait et l'on semble n'avoir guère envie de faire quoi que ce soit !

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — A l'occasion du Congrès des Sociétés savantes, les récompenses suivantes ont été accordées le jour de la séance générale, mercredi dernier. *Chevalier de la Légion d'honneur* : M. le Dr L. Catat, explorateur (exploration de Madagascar). — *Officiers de l'Instruction publique* : M. le Dr Lemoine ; M. le Dr Paquelin. — *Officiers d'Académie* : M. le Dr Descourtis ; M. le Dr Hagen.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mai 1891. — Présidence de M. Duchartre.

Recherches chimiques et physiologiques sur les sécrétions microbiennes. Transformation et élimination de la matière organique par le bacille pyocyanique, par MM. Arnaud et Charrin. — En substituant dans les expériences précédemment rapportées (*Progrès médical* du 18 avril) la gélatine à l'aspargine, on constate que la transformation de l'azote par le bacille pyocyanique est moins rapide. La courbe monte plus doucement, plus régulièrement. Le poids des microbes est plus considérable. Les produits de ces cultures ont été distillés puis traités par l'alcool: on a ainsi obtenu 3 groupes de substances: les produits volatiles, les produits solubles dans l'alcool et ceux qui ne le sont pas. Les produits volatiles agissent sur les vaso-moteurs, paralysent le centre dilatateur, resserrent les vaisseaux, mais passagèrement. L'extrait alcoolique détermine des convulsions chez le lapin et l'animal succombe parfois; il ne rend pas réfractaire, mais il élève parfois la température. Les produits insolubles dans l'alcool déterminent de la diarrhée, de la fièvre, de l'albuminurie, des hémorrhagies. Ils s'opposent à la diapédèse et altèrent les tissus. Ces produits sont toxiques et vaccinants à petite dose. Morax.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 mai 1891. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Albarran fait une communication sur la *tuberculose ascendante expérimentale chez le lapin.*

M. Laveran a étudié les *Hématozoaires des oiseaux* chez le geai où ils avaient été signalés déjà par Damlesky et chez l'alouette qu'il est plus facile de se procurer. Un tiers des allouettes examinées présentait ces parasites sous deux formes: l'une intra-cellulaire obstruant le globule qui la contient à mesure qu'elle s'accroît, l'autre libre, munie d'un flagellum assez large; ils sont très semblables aux hématozoaires du paludisme, mais ne paraissent pas pathogènes, car les animaux qui les présentent continuent à se bien porter. Ils sont inoculables d'alouette à alouette, et d'autre part les parasites du paludisme ne peuvent vivre dans le sang de ces oiseaux.

MM. Féré et Demantkié ont recherché par la méthode des empreintes quelles étaient *les variations de la plante du pied* pendant le repos, la marche et les stations debout. Ils ont pu constater qu'une marche relativement peu prolongée suffisait pour amener un aplatissement notable de la voûte plantaire.

M. Vigouroux adresse une note relative aux travaux de M. d'Arsonval sur les *effets physiologiques du courant continu.*

M. d'Arsonval. — *Sur un moyen d'exciter isolément le muscle avec une décharge électrique intense.* Si l'on emploie une telle décharge se produisant d'une façon rapide, on produit la contraction musculaire et une vive douleur. Si on ralentit la décharge, par l'interposition d'un condensateur dans le circuit, on ne modifie nullement la quantité d'électricité employée, mais la contraction est absolument indolore.

M. Charpentier, de Nancy, envoie une note sur la *façon d'observer les interférences rétiniennes.*

M. Moreau a étudié les *transformations physiologiques du revêtement épithélial du péritoine tubo-ovarien.* Ses recherches ont porté sur la truie, la chienne, la chatte et la souris. A l'état de repos génital, c'est-à-dire pendant la période comprise entre deux époques de rut, le revêtement épithélial du péritoine tubo-ovarien est formé de cellules qui reviennent à l'état embryonnaire et prennent la forme globulaire avec un gros noyau. Elles s'allongent ensuite, pour devenir, au moment du rut, des cellules ciliées; celles-ci sont toutefois plus basses et à cils plus courts que ceux des cellules analogues de l'organisme.

Ces faits sont intéressants pour le physiologiste: car ils peuvent jeter un certain jour sur la migration de l'ovule, sans invoquer l'adaptation du pavillon de la trompe. Peut-être aussi peuvent-ils rendre compte de certaines formes de grossesse intra-utérine.

M. Depoux relate les résultats de ses *recherches sur les effets du liquide testiculaire dans l'ataxie.* Il s'agit d'un maître d'armes du Val-de-Grâce, réformé pour son ataxie et chez qui on ne trouve plus aujourd'hui aucune suite d'insubordination, après un traitement par les injections de liquide testiculaire.

M. Déjerine fait remarquer que le malade ayant eu très peu de douleurs fulgurantes, le seul fait de l'ataxie ne peut pas établir une lésion des cordons postérieurs.

De son côté, M. Babinsky a vu des tabétiques améliorés et en partie guéris; mais ils étaient aveugles, et l'on sait que lorsqu'il existe de l'atrophie de la pupille, on voit le tabes s'arrêter dans sa marche. Al. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 mai 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Le Fort reprend la question des *causes de la dépopulation de la France.* Il fait observer qu'il n'y a pas en France de loi générale sur l'hygiène et la police sanitaire qui permette de faire observer les mesures hygiéniques portant atteinte à des intérêts privés ou se heurtant à des résistances individuelles. De plus, les comités d'hygiène existants ne sont pas chargés de veiller à l'exécution des mesures prescrites, comme cela existe en Angleterre et en Allemagne. En conséquence, il propose le vœu suivant: 1° Que le Gouvernement présente au Parlement un projet de loi sur la protection de la santé publique; 2° Que des agents spéciaux, relevant de la direction de la santé publique, soient chargés de veiller à l'application des lois sanitaires et d'en poursuivre, en cas de besoin, l'exécution devant les tribunaux. (Renvoyé à l'examen de la Commission).

M. Poncet (de Lyon) a noté quatre fois la *transparence de tumeurs solides*, pour des lipomes de la main, de l'avant-bras et du pli de l'aine. Même particularité pour les chondromes du squelette ou certains chondromes des parties molles, de quelques synovites fongueuses, de certains kystes dermoïdes, etc. En résumé, la translucidité ne permet pas plus d'affirmer la nature du contenu des tumeurs que dans les tumeurs liquides elle ne permet de préjuger des caractères du liquide.

M. Rochard lit un rapport sur un travail de M. Hache (de Beyrouth) ayant trait à *quatre observations d'abcès du foie traités par l'incision franche.*

Election d'un correspondant national. Sur 60 votants obtiennent: M. Crié (de Rennes), 46 voix (*Elu*); M. Fleury (pharmacien militaire), 9; M. Linossier (de Lyon), 4; M. Hugonencq (de Lyon), 1. P. Sollier.

A propos de sa communication à la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le Dr Robin nous envoie la rectification suivante que nous nous empressons de publier, en regrettant notre erreur de rédaction.

Dans le compte rendu de la séance du 19 mai de l'Académie de médecine, publié par le *Progrès Médical*, votre collaborateur M. Sollier me prête les paroles suivantes que je ne puis laisser passer sans rectification: « M. Albert Robin répond que son travail est seulement une indication pour les hydrologues et n'est qu'un travail de cabinet sans expériences cliniques ni chimiques. »

Or, voici ce que j'ai dit: « Les vieilles méthodes de la clinique thermale ont fait leur temps: ce que j'apporte à l'Académie, ce que je soumets à son jugement, c'est un programme de recherches. Je n'ai voulu faire aucune expérience clinique; je me suis borné à un travail purement chimique, dans lequel, partant de faits expérimentaux, j'ai pu en déterminer logiquement d'autres dont j'abandonne

la vérification aux médecins hydrologues, avec la presque certitude de leur avoir fourni des indications que les anciennes méthodes de la clinique avaient été impuissantes à leur donner. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. E. LABBÉ.

M. FÉRÉOL communique à la Société la fin de l'observation de sa malade, atteinte d'*amygdalite suivie de bronchopneumonie et de pleurésie* et terminée par la *mort*. Pendant les trois derniers jours, hoquet peu violent, mais se reproduisant 2 ou 3 fois par minute. Les amygdales sont revenues à l'état normal. Les ganglions cervicaux gauches sont tuméfiés. On voit apparaître des signes de bronchopneumonie, puis une pleurésie, et la malade succombe. Il n'y a ni autopsie ni examens bactériologiques, mais on peut croire cependant à l'infection. Le hoquet a dû reconnaître pour cause une infection d'emblée, à laquelle le pneumogastrique a dû servir de voie de transmission.

M. VARIOT fait une communication sur la *pseudo-alopécie avec escharres occipitales des jeunes enfants*, d'où il résulte que cette affection est due au décubitus prolongé des enfants sur le dos et à la négligence des soins de propreté. Elle se rattache donc à des conditions purement mécaniques.

M. RENDU lit l'observation d'un malade de 47 ans qui a présenté une *angine phlegmoneuse localisée*, ayant donné lieu à des *paralysies du nerf pneumogastrique et du nerf phrénique*. Grâce à un traitement énergique, les phénomènes de collapsus disparurent. La paralysie du diaphragme persista, mais finit par céder à l'électricité. La malade, qu'on peut considérer aujourd'hui comme guérie, a tous ces muscles atrophiés, ce qui est une preuve de la nature infectieuse de l'angine qui a infecté l'organisme.

M. CHANTEMESSE appelle l'attention sur un procédé de *diagnostic dans la pseudo-méningite hystérique*, consistant à analyser les urines et à y rechercher la quantité des phosphates terreux et alcalins. On trouve, dans le cas de pseudo-méningite hystérique, un rapport inverse au rapport normal et analogue à celui qu'ont trouvé MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau dans l'état de mal hystérique.

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. SCHWARTZ lit une observation de *Périarthrite scapulohumérale à Pneumocoques avec thrombose de la veine axillaire*. Homme de 45 ans, ayant eu quelques jours auparavant une pneumonie aiguë. Douleurs dans la région de l'épaule et collection purulente périarticulaire, constituant le véritable abcès critique des anciens. Articulation absolument saine. Pas d'arthrite. Temp. 37°,8, mais état général assez mauvais. Incision de cet abcès sous-deltoïdien. Il sortit un pus épais, visqueux, verdâtre ; la T. tomba à 37°, mais l'état général ne s'améliora que peu à peu ; pansements humides. 2 mois après, dans l'espace d'une nuit, développement d'un œdème du bras de ce côté par thrombose de la veine axillaire. Guérison au bout d'un mois. Le pus examiné par M. Netter était une culture pure du diplocoque lancéolé de la pneumonie.

M. KIRMISSON a observé récemment, chez une femme ayant eu de la septicémie puerpérale, de la suppuration d'un kyste du corps thyroïde. Incision de la poche. Guérison.

M. SCHMIDT lit une note sur un cas d'*ostéome volumineux du moyen adducteur chez un cavalier* et présente le malade. Il demande à la Société si l'intervention chirurgicale est indiquée.

M. PONCET (de Lyon), dans un cas de *fracture ancienne, itérative, de la rotule*, ne pouvant pas rapprocher les fragments, a eu l'idée de tenter la *mobilisation, après ostéotomie, de la tubérosité antérieure du tibia*, pour remédier à une rétraction assez marquée du tendon rotulien, diminué d'un bon tiers. Cette opération, qui ne présente rien de spécial, a d'ailleurs été tentée déjà par Sonnenburg dans un cas absolument analogue. Incision verticale de l'insertion du droit antérieur à la rotule jusqu'à la tubérosité tibiale. On trouva quelques vieux caillots dans l'article et un tissu interfragmentaire fibreux, reliquat de l'ancien cal rompu. Les essais de mobilisation des fragments restant infructueux à cause de la rétraction du ligament rotulien, M. Poncet détacha, à l'aide d'une scie fine, la tubérosité, puis fixa le fragment d'os détaché à l'aide d'une cheville d'ivoire. C'est là une opération simple, utile et bonne, sans danger avec les ressources actuelles. C'est une ostéotomie verticale, avec glissement des fragments, analogue à celle qu'il a faite pour le calcanéum et qu'il a décrite au dernier Congrès de Chirurgie. Elle peut rendre de réels services dans les cas de section tendineuse avec écartement des fragments.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Ce qui importe, après les opérations de ce genre, c'est le résultat fonctionnel. S'il est bon, dans le cas particulier, tout sera pour le mieux. Mais il faut savoir que, dans des fractures itératives de la rotule, on peut avoir des résultats fonctionnels excellents, alors même qu'il persiste un notable écartement des fragments après la suture. Les fils d'argent n'ont aucune tendance à couper les fragments osseux, même quand l'écartement est notable. Parfois ils se cassent, il est vrai. C'est pour cela que le fil employé doit être très gros.

M. SCHWARTZ a suturé récemment une rotule fracturée dont le fragment supérieur avait à peine 1 cm. de haut ; il a placé deux sutures avec du gros fil d'argent ; le résultat a été parfait ; il craignait que les fils ne coupassent l'os.

M. PONCET. — Peu importe la nature des fils dans une suture de la rotule, pourvu que le contact des fragments soit bien établi. Les copeaux osseux détachés se greffent très bien, mieux que les parties molles, que ces fragments aient un pédicule ou non. Il n'y a pas à redouter la nécrose.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit un travail sur les *hernies inguinales congénitales de la femme*, basé sur 14 observations. La hernie inguinale est assez commune chez la femme ; elle est presque toujours congénitale. Ainsi sur ces 14 cas, très certainement 12 au moins étaient bien d'origine congénitale et peut-être même les deux autres aussi. La constitution de cette hernie est assez spéciale ; son caractère principal est la présence du ligament rond dans la paroi du sac. Il y a fusion de la séreuse avec les fibres de ce ligament et, d'autre part, de petits kystes semblent prolonger la hernie jusque dans la grande lèvre. Le volume de ces hernies est ordinairement restreint, mais, dans un de ces cas, M. Championnière a constaté que la tumeur descendait jusqu'au genou. Elles sont incommodes, souvent irréductibles, renferment parfois les annexes utérines plus ou moins modifiées, très souvent douloureuses, en raison même de leurs relations avec les organes génitaux internes, des tiraillements qu'elles déterminent sur les trompes et les ovaires.

L'incision de la cure radicale devra être élevée aussi haut que possible, pour éviter la vulve, source d'infection. Quand la hernie est petite, le sac est difficile à trouver et à disséquer ; il faudra le rechercher de haut en bas. On tombe sur un canal séreux, très irrégulier, à cavité très étroite, et à paroi fort mince d'un côté, assez épaisse de l'autre, car là se trouve le ligament rond. La dissection de ce sac, — caractère tout à fait particulier à la hernie congénitale de la femme, — est très délicate. Il faut disséquer le ligament avec le sac jusque dans le ventre. On peut le couper très haut, le réséquer en un mot, et cette résection ne présente aucun inconvénient. Chez les femmes qui ont subi cette résection, M. Championnière n'a même pas observé de troubles dans la stabilité de l'utérus. Il est probable que le ligament coupé se soude à la paroi abdominale, aux environs de la plaie, ou bien ne joue qu'un rôle secondaire dans le maintien de l'utérus en place. Le sac peut contenir l'ovaire, plus ou moins altéré (il l'est rarement d'ailleurs), une trompe adhérente, des parties épiploïques, etc. Pour avoir une bonne cicatrice, il ne faut pas hésiter à disséquer très haut, à ouvrir largement le canal inguinal, à faire ensuite des ligatures solides sur ce canal, puisqu'il n'y a pas là de cordon. D'ailleurs les femmes opérées présentent bien moins de chances de récidive que les hommes. Les suites sont en effet très simples. Les douleurs disparaissent d'une façon extrêmement remarquable, car elles sont parfois très marquées dans les petites hernies. La grossesse

ne semble pas jouer un grand rôle. La paroi abdominale a résisté même dans un cas très défavorable. Pour M. Championnière, il est inutile de faire porter un bandage aux opérées. Il recommande seulement, pendant les 4 ou 5 mois qui suivent l'opération, le port d'une ceinture à tampon déprimant la paroi abdominale au-dessus de la cicatrice.

M. Routier a fait une cure radicale de hernie inguinale étranglée très volumineuse chez une femme. Il a été frappé, lui aussi, de la petitesse du trajet, de la mobilité de l'étranglement; cette femme a guéri.

M. Poncet a exécuté deux fois cette opération chez deux femmes. Dans un cas, la hernie était double. Voilà 10 mois et 4 jours que l'intervention a été faite ; les malades n'ont pas porté de bandage et elles se considèrent comme radicalement guéries.

M. Poirier présente un malade chez lequel il a fait une *suture de la clavicule* pour une fracture comminutive de cet os. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 27 mai 1891. — Présidence de M. P. Vigier.

M. C. Paul présente un *biberon*, sans tube intérieur, d'une contenance de 120 grammes, muni d'une tétine avec un orifice triangulaire faisant valvule et empêchant le passage du lait lorsque l'enfant ne fait pas de succion. Ce biberon est très simple, très solide, facile à nettoyer et d'un prix très modique.

M. Bardet lit, au nom de M. Adrian, un rapport sur la *richesse médicamenteuse des préparations officinales de plantes très actives et de l'utilité qu'il y aurait à en assurer le titrage.* — Il est nécessaire actuellement d'avoir des préparations d'une activité certaine et constante. Mais malheureusement la teneur des substances pharmaceutiques en principes actifs est très variable. D'après Duquesnel, les extraits des différentes parties de l'aconit sont très variables quant à l'alcaloïde contenu. Larey a reconnu la même variabilité pour la belladone. MM. Larey et Calletot ont, l'année dernière, trouvé que ces variations dans la quantité de l'alcaloïde existaient pour plusieurs plantes. J'ai cherché moi-même avec divers échantillons pris dans différentes maisons, j'ai trouvé une variabilité entre 4 gr. et 10 gr. pour 1.000 dans la teinture de belladone, une quantité d'alcaloïde variant entre 100 et 120 gr. pour 1.000 pour l'extrait de noix vomique. Faut-il supprimer les plantes et leurs préparations? Certains médecins demandent de les rejeter et de ne se servir que d'alcaloïdes et glucosides. Un grand nombre d'autres médecins nous montrent que les médicaments à l'état de teinture et d'extrait ont une action qui n'est pas la même que celle des alcaloïdes. Il y a malheureusement dans le codex un choix regrettable dans les formules de préparation, dans la recherche des parties de plante à employer. Il serait nécessaire de titrer les plantes employées pour la fabrication des médicaments, et de ne faire ce médicament qu'avec une teneur fixée en alcaloïdes. Le procédé le plus simple est de n'employer que des plantes ayant un titrage voulu et variant entre 2 taux peu distants.

M. C. Paul demande qu'on favorise et qu'on encourage la culture des plantes médicinales, au lieu d'employer les plantes sauvages de nos pays.

M. Catillon lit une note sur la *créosote*. La créosote fournie par le commerce est très variable. Un grand nombre d'échantillons sont dépourvus de gaïacol, comme je m'en suis aperçu en faisant de nombreuses analyses. Une créosote destinée à la thérapeutique contient surtout du gaïacol et du créosol. Sa densité doit être de 1.080, elle doit distiller entre 200° à 210°, être soluble en toute proportion dans la glycérine pure à 30°. Elle doit se dissoudre dans l'alcool, les éthers, les huiles, être soluble à 1 0/0 dans l'eau et être neutre. La formule de M. Gimbert pour les injections sous-cutanées est :

Créosote.	1 gramme.
Huile d'olive lavée stérilisée. .	14 —

On peut prescrire des suppositoires à la créosote comme suit :

Cire blanche.	0,50 centigr. à 1 gr.
Beurre de cacao . . .	3 grammes.
Créosote	0,50 centigrammes.

Ces suppositoires ne sont pas douloureux. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 27 mai 1891. — Présidence de M. Bruhl.

M. Nicolas prend la parole à propos du rapport de M. le Dr Drouineau sur la *déclaration médicale obligatoire des maladies transmissibles.* Il montre que, même à Paris, l'hygiène publique n'est pas établie, qu'on est encore à se demander quel est le meilleur antiseptique à employer pour la désinfection, et qu'il n'y a pas en France de loi sanitaire. L'auteur s'élève contre la loi de dénonciation, qui est inique et injuste, et demande à ce que la déclaration de la maladie épidémique soit faite par le chef de famille, le logeur ou le commandant militaire.

M. Nocart est étonné de l'embarras où semble mettre les médecins le mot de dénonciation. A propos des animaux on a aussi dit, il y a une quinzaine d'années, que le vétérinaire n'avait pas le droit de dénoncer une épidémie : aujourd'hui personne ne s'élève plus contre ces dénonciations, qui ont donné d'excellents résultats et ont fait diminuer, dans une très grande mesure, les maladies contagieuses...

M. Valcourt. — Aux États-Unis, en Écosse, dans ces pays où la liberté individuelle est la chose la plus sacrée, on a reconnu que la déclaration était indispensable. Du reste, à Cannes, par exemple, la colonie étrangère réclame la déclaration, parce que les étrangers entrent dans les hôtels avec plus de sécurité quand ils savent que les précautions hygiéniques y sont bien prises. Respecter les lois de l'hygiène, c'est-à-dire la santé de tous, n'est pas une atteinte à la liberté individuelle.

M. Poitou-Duplessis demande la création de la loi sanitaire : il montre que la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine devrait être modifiée et il propose un amendement.

M. Napias demande à ce que la discussion soit remise à la prochaine séance.

M. Masson. — *Les influences atmosphériques et la grippe.* — L'auteur a remarqué, pendant l'épidémie de grippe, l'élévation constante du baromètre, qui a été supérieure de 7 millimètres à la normale ; la température s'abaissa en même temps que la courbe barométrique s'accentuait ; les pluies ont, pendant cette période, été au-dessous de la moyenne ; il n'a presque pas plu pendant l'épidémie. — L'état hygrométrique moyen s'est tenu presque tout le temps élevé pendant l'épidémie. La radiation s'est fait remarquer par une baisse au moment de l'influenza : les vents ont soufflé du sud au sud-ouest. Ces corrélations, observées à Paris, l'ont été également à Bruxelles, Vienne, Berlin et Varsovie.

M. Martin. — *La désinfection à Paris.* — L'auteur s'occupe de la désinfection appliquée aux objets souillés par des malades et à la désinfection des locaux. La ville de Paris possède un grand nombre d'étuves à désinfection ; elle en a 36, dans des établissements hospitaliers, des monts-de-piété, des établissements appartenant à l'armée, etc. Dans un an il y en aura 45 à Paris. L'établissement le mieux installé est celui de la rue des Récollets, qui fonctionne avec une régularité parfaite et une grande sécurité; la désinfection y est très bien faite. — Tous ces établissements désinfectent chez eux par l'étuve sous pression, ou à domicile à l'aide de pulvérisations antiseptiques (sublimé) ; rarement à l'aide de l'acide sulfureux, qui est un procédé inférieur. L'auteur montre combien il est difficile, pour un particulier, d'obtenir dans les mairies ou aux postes de police des renseignements relatifs à la manière d'obtenir la désinfection. En général, les désinfections à domicile sont mal faites, parce que le personnel est mal instruit ; l'Assistance publique a fait faire des cours de désinfection à ses employés dans les hôpitaux. Les établissements privés (teinturiers) qui s'occupent soi-disant de désinfection, ne désinfectent pas en réalité, bien que leurs prospectus promettent une désinfection complète ; or, le plus souvent, ces maisons n'ont même pas d'étuves. Martha.

Choléra en Egypte. — On nous informe d'Alexandrie que six cas de choléra se sont produits sur des pèlerins indiens au lazaret de Camaran.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

Séance du 21 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LABORDE.

M. CAPITAN signale, en l'ajoutant à la liste connue jusqu'alors, un cas de *thorax en entonnoir*, observé chez une femme sourde qui n'en était aucunement incommodée. La cavité sternale, profonde d'environ 6 centim., était assez grande pour admettre le poing.

M. VAUVILLÉ présente des *pièces de l'époque quaternaire* récoltées dans différentes stations de la vallée de la Vesle et de celle de l'Aisne. Cet infatigable et consciencieux chercheur y a trouvé des pièces très variées: racloirs convexes, en disque, grattoirs, lames retouchées finement, éclats divers, instruments en grès et en silex, etc.

A propos de cette présentation, une discussion animée et fondamentale s'engage entre MM. D'ACY, G. DE MORTILLET, COLIN, A. DE MORTILLET au sujet de la *différenciation des époques chelléenne, moustérienne* sur la base des instruments types qu'on y rencontre en mélanges plus ou moins proportionnés. M. d'Acy dit qu'à l'époque chelléenne le grattoir était déjà connu, contrairement à l'opinion de M. G. de Mortillet. A St-Acheul, à Taine, on trouve des racloirs et des grattoirs. A Chelles, on en trouverait jusque dans la couche inférieure, dans la moyenne avec des grattoirs et dans la troisième, pseudo-diluvium rouge. Il lui semble incontestable que, dès les couches inférieures, il y a coexistence de plusieurs types. Le chelléen n'est pas nettement différenciable du moustérien et la première période d'apparition de l'homme doit comprendre les deux niveaux. Le grattoir et la pointe existent depuis les premières époques.

M. G. DE MORTILLET tient à constater, de l'aveu de M. d'Acy, que les niveaux de Chelles sont superposés, qu'il y a dans des stations déterminées des pièces chelléennes en majeure proportion, enfin que M. d'Acy n'a pas, lui-même, trouvé toutes les pièces qu'il a recueillies. Dans certaines stations on rencontre, il est vrai, les pièces des trois niveaux, mais ce sont là des stations remaniées, et ce mélange précisément exige une étude approfondie. Dans une localité pure, sans mélange et avec une bonne stratification, on arrive à séparer les types d'instruments. Il faut procéder en préhistoire comme en paléontologie et en géologie stratigraphique. A Chelles, on doit tenir compte du niveau ondulatoire, des poches en « fond de bateau » que fait le dépôt subséquent à la suite d'un ravinement. Il y a des éclats à tous les niveaux, ils sont inévitables, mais ils n'ont pas une grande importance différentielle; ils ne sont pas caractéristiques dans les niveaux inférieurs. Il faut se garder d'établir une théorie sur un nombre restreint de pièces, mais bien juger par l'ensemble et envisager le tout. M. de Mortillet cite un « mot ailé » du savant allemand Fraas au Congrès de Bruxelles, disant que le coup de poing chelléen est une invention de l'amour-propre français (!)

M. RABOT présente des *chevêtres de renne* en usage chez les Samoïèdes et les Ostiaks. Il rappelle l'attention sur la ressemblance de certaines pièces de ce harnachement avec les « bâtons de commandement » préhistoriques.

M. MAGITOT offre au musée Broca, de la part de M. Em. Roux, capitaine d'infanterie de marine à Bakel, *six crânes* d'individus ayant appartenu à l'armée d'Ahmadou: Toucouleurs, mandingues, peulh et maure.

M. DIAMANDI communique, en la discutant, *une inscription* très ancienne trouvée en Bukovine. Il rapproche ces signes, peut-être de propriété, de certains grammates préhistoriques qui représentent peut-être les origines du langage écrit.

M. LETOURNEAU donne lecture de la première partie d'un des mémoires si nourris de faits de M. Arsène Dumont sur la démographie française. Cette monographie a pour objet la *natalité dans le canton de Lillebonne* (Seine-Inférieure). L'auteur y retrace l'historique des conditions de milieu de l'épidémiologie depuis les temps connus. Il examine le substratum des races et l'état démographique à travers les âges en discutant l'influence topographique sur cet état et sur la répartition des races. Les industries, leur rôle sur la vie sociale, les salaires, les conditions vitales de l'ouvrier, l'hygiène du milieu, etc., l'occupent ensuite, d'après le plan très complet qu'il s'est tracé pour ses études, déjà nombreuses, de ce genre.

La conférence transformiste de cette année, 9e du nom, a eu lieu le jeudi 28 mai, à 4 heures de l'après-midi; elle a été faite par M. le Dr FAUVELLE. Le conférencier a choisi comme sujet: *Les transformations du règne végétal.* G. CAPUS.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 25 Mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. H. MONOD a rendu compte de la situation sanitaire à l'intérieur. Epidémie de *variole* à Millau: A la demande du préfet, une étuve à désinfection a été envoyée sur place. Epidémie de *rougeole* à Bastia: 63 décès en avril. Epidémie de *rougeole* à Igny (S.-et-O.): le préfet a fait le nécessaire et annonce un prochain rapport. Dans un hameau de Saint-Denis-des-Bois (Nièvre), une épidémie de *diphtérie* aujourd'hui terminée a donné lieu à 7 cas dont 5 décès. Le nouveau service d'*information des cas de maladies épidémiques par les instituteurs et institutrices* commence à fonctionner. Pendant le premier trimestre de 1891, pour 47 arrondissements seulement, le nombre des bulletins d'avertissement signalant un ou plusieurs cas de maladies transmissibles et envoyés par les instituteurs ou institutrices aux préfectures ou sous-préfectures s'est élevé à 934. Le nombre des rapports fournis par les maires sur les cas signalés par ces bulletins d'avertissement s'est élevé à 446. Tout fait donc espérer que quand ce nouveau service sera entré dans la pratique courante, les pouvoirs publics, avertis dès l'apparition du mal, pourront combattre les épidémies beaucoup plus efficacement que par le passé.

M. le Dr PROUST fait la communication suivante sur la *fièvre jaune*. Deux faits sanitaires très importants se sont passés depuis la dernière réunion du comité: 1° Un navire infecté de fièvre jaune est arrivé à Marseille et plusieurs cas de choléra ont été constatés à Camaran; 2° Le paquebot français *Béarn*, de la Société générale de transports maritimes, ayant un équipage de 85 marins, est arrivé le 17 mai, à sept heures du matin, au port de Frioul. Il ressort d'une enquête minutieuse que ce transport a eu à son bord, pendant la traversée, plusieurs cas de fièvre jaune dont 5 décès. Il y a lieu de faire remarquer le peu d'extension de cette épidémie à bord sur un navire chargé d'émigrants. Ce résultat semble dû à la présence à bord d'une étuve à désinfection et aux mesures d'assainissement et de désinfection que le médecin du navire a prescrites et fait exécuter avec rigueur.

J'ajouterai que tout le personnel du bord, passagers embarqués dans les diverses escales, sont restés absolument indemnes de la maladie. Il n'y a eu que des passagers embarqués à Rio ou ceux de Buenos-Ayres, mais ayant voulu passer la nuit à Rio, malgré la défense du commandant, qui aient été atteints de fièvre jaune. C'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister, car il établit qu'avec des mesures de désinfection convenablement effectuées sur le navire, on peut empêcher la transmission de la fièvre jaune malgré la nature susceptible des passagers, qui étaient des émigrants.

M. PROUST annonce également au comité que, d'après un télégramme de Camaran, en date du 15 mai, deux cas de mort suspects ont été observés parmi les pèlerins du vapeur anglais *Sculptor*, venant de Bombay, et amenant 880 Bengalis. Trois nouveaux cas de *choléra*, dont un mortel, sont signalés parmi les mêmes Bengalis, par un autre télégramme en date du 16 mai. Un télégramme du 20 mai annonce huit nouveaux cas de choléra, dont un garde de santé. C'était un navire anglais, le *Délion*, qui avait importé l'an dernier le choléra à Camaran. Ce navire était également parti de Bombay. Cette importation, l'an dernier, du choléra à Camaran, a été le point de départ de la grande épidémie qui a sévi sur les pèlerins de La Mecque et a menacé pendant plusieurs mois la santé de l'Europe. — Le conseil de santé de Gibraltar a décidé, le 14 mai, que l'*influenza* doit être comprise dans la classe des maladies épidémiques et contagieuses soumises à la quarantaine. Cette décision a été prise par suite de l'arrivée à Gibraltar du cuirassé anglais *Thunderer*, venant de Portsmouth, ayant à bord plusieurs matelots atteints d'influenza et auxquels on a interdit toute communication avec la terre.

La discussion a été reprise sur le *projet de loi relatif à la protection de la santé publique*. Le comité adopte les articles 1 et 2 du projet ainsi conçus: Article 1er. Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement et lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet, après avis conforme du conseil d'hygiène du département, met la commune en demeure de procéder aux travaux. Si le conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de la mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, ces travaux sont

ordonnés par le gouvernement, et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 18 septembre 1807. En cas d'avis contraire de la part du conseil d'hygiène du département, le préfet transmet sa délibération au ministre de l'intérieur, qui, s'il le juge à propos, soumet la question au comité consultatif d'hygiène publique de France. Il est ensuite procédé comme il est dit au paragraphe précédent.— Art. 2. Lorsque, même en dehors des maladies prévues par la loi du 3 mars 1822, une épidémie menace le territoire de la République ou s'y développe, et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1er de ladite loi.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

Le Vendredi 22 mai, s'est ouvert, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la vieille Sorbonne, sous la présidence de M. le vice-amiral Jurien de la Gravière, membre de l'Académie française et de l'Académie des sciences, le Congrès des Sociétés savantes de Paris et des Départements.

La séance de clôture a eu lieu mercredi dernier, sous la présidence de M. Bourgeois, ministre de l'Instruction publique. Voici les principales communications qui y ont été faites dans le domaine des sciences médicales (1).

SOUS-SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Séance du 23 *mai* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LE ROY DE MÉRICOURT.

M. le Dr MOREAU, de Tours, est nommé assesseur. — M. le Dr LEDÉ est nommé secrétaire.

M. B. DUPUY lit le résumé d'un travail sur les *principes actifs des végétaux* et sur *leur valeur thérapeutique.* Ces corps sont de merveilleux agents de curation, qui ne le cèdent en rien aux principes les plus constants du règne minéral. Leur découverte marque un progrès réel dans le domaine scientifique. Leur emploi, en donnant à la médecine, et en particulier à la thérapeutique, une rigueur d'observation qui leur manquait, fera disparaître des formulaires ces assemblages de produits de toute sorte que l'esprit et la raison repoussent à cause de leur inutilité.

M. le Dr MOREAU, de Tours, appelle l'attention sur la *nature de l'hallucination chez l'enfant.* Une analyse méticuleuse de nombreuses observations tant personnelles que puisées dans les auteurs, lui a permis d'établir nettement la nature spéciale de l'hallucination du jeune âge, quel que soit le sens que ces hallucinations affectent ; dans l'immense majorité des cas, elles revêtent une forme terrifiante, pénible, douloureuse même, qu'on pourrait comparer à celle que l'on observe dans le délire alcoolique. M. le Dr Moreau (de Tours) lit une note sur *Quelques considérations médico-légales sur la folie chez les enfants.* Après avoir passé en revue les textes de loi qui arment la société contre les délits commis par l'enfant, il constate que le rôle de la médecine légale dans l'appréciation des actes commis par les enfants est un rôle très borné. La loi est formelle. L'âge du discernement établit nettement l'âge auquel un enfant peut être déclaré coupable et, par suite, responsable de ses faits et gestes. Dès lors, l'enfant qui aura commis un délit sera enfermé dans une maison de correction jusqu'à sa majorité s'il a été reconnu sain d'esprit, dans un asile d'aliénés s'il a été prouvé son état de délire ou d'imbécillité.

M. Léon MOULÉ, délégué de la Société centrale de médecine vétérinaire et de la Société des sciences et arts de Vitry-le-François, dépose sur le bureau de la section de médecine un travail imprimé sur l'*histoire de la médecine vétérinaire dans l'antiquité.* Il montre que dans les temps les plus reculés il y avait des vétérinaires chargés de donner leurs soins aux animaux et d'en assurer ainsi la conservation : Varron, Celse, Columelle, Valère, Maxime, Galien, Hygisius, Dioclétien, Apsyrte, Végèce, en font mention et les désignent tantôt sous le nom d'ιππιατρος, tantôt sous ceux de *veterinarius, equarius medicus, medicus jumentarius, mulo medicus.* Il passe ensuite en revue les divers travaux vétérinaires de l'antiquité et analyse avec soin les articles contenus dans l'ιππιατρικα, réunion des œuvres vétérinaires de l'antiquité, collectionnées au dixième siècle.

M. le Dr DE PIÉTRA-SANTA communique un mémoire sur la *Question algérienne, au point de vue de l'acclimatement et de l'hygiène.* L'acclimatement de l'Européen en Algérie est, dit M. de Piétra-Santa, un fait réel, incontestable. Cet acclimatement se fera dans des conditions d'autant plus favorables que l'immigrant et le colon voudront s'astreindre aux règles salutaires édictées par l'hygiène privée et l'hygiène publique.

M. B. DUPUY fait une communication sur le *principe toxique qu'il a retiré de la racine de fougère mâle.* Une expérimentation préliminaire a permis de constater que ce principe possédait une action toxique considérable : avec quelques milligrammes, chiens, lapins, pigeons sont tués dans un court espace de temps.

Séance du 25 *Mai* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LE ROY DE MÉRICOURT.

M. B. DUPUY lit un résumé d'un travail sur les *acides organiques.* Ces corps forment avec les alcaloïdes et les glucosides les applications les plus importantes et les plus utiles de la chimie à la médecine : 1° historique des acides organiques à travers les âges et les notions générales qui intéressent ces corps ; 2° précis dans lequel on trouve tout ce qui concerne : propriétés chimiques et physiques, extraction, action physiologique, effets thérapeutiques, mode d'administration, doses, formules.

M. BRISSON (de Lenharrée) lit un travail sur le *climat des stations hivernales* classées, d'après leur valeur hygiénique et thérapeutique, en trois classes et sept groupes.

M. BLOCQ fait une communication sur un syndrome caractérisé par de la *topoalgie.* En résumé : I. Il existe un syndrome, dépendant ordinairement de la neurasthésie et présentant des signes particuliers que pour ce motif nous proposons de différencier sous le nom de *topoalgie.* — II. La topoalgie est caractérisée par cela que les malades qui en sont atteints souffrent exclusivement ou principalement d'une douleur localisée dans une région variable, mais non en rapport avec un territoire anatomiquement ou physiologiquement délimité. La plaque douloureuse peut exister seule et constituer ainsi toute la maladie, mais plus souvent elle coexiste avec des stigmates neurasthéniques qui indiquent sa parenté morbide. Sa marche est extrêmement lente : elle dure des mois, parfois des années, et se termine très souvent par la guérison. Le diagnostic doit en être fait avec les algies des hystériques et des hypochondriaques. — III. Les causes qui président ordinairement au développement de la topoalgie se trouvent à l'origine de la neurasthénie, mais elle admet plus particulièrement l'influence des affections locales traumatiques ou autres. — IV. Il paraît vraisemblable que le syndrome topoalgique est la manifestation clinique de la fixité d'une image ressortissant au domaine de la *sensibilité* analogue aux idées fixes ressortissant au domaine de l'*intellectualité,* dont le mécanisme psychologique différerait de celui des auto-suggestions de douleur de l'hystéric et des obsessions émotives des hypochondriaques. — V. Le traitement basé sur cette conception théorique qui nous a paru donner les meilleurs résultats comporte ces deux indications : rétablir l'équilibre psychique et mobiliser l'image sensitive fixe. Ce dernier but a été atteint dans quelques cas à l'aide de manœuvres d'électrisation particulières.

M. J. TESSIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, expose devant le Congrès *une nouvelle série de recherches sur l'étiologie et la pathogénie de la grippe.* Après quelques considérations cliniques sur l'évolution de la grippe infectieuse, il fait connaître les résultats des recherches entreprises avec les docteurs Roux et Pittion sur le microorganisme trouvé dans le sang et les urines de divers grippés entrés cette année à l'Hôtel-Dieu de Lyon. L'étude de ce microorganisme a été poursuivie dans les différents milieu de culture (gélatine, agaric, pomme de terre). Ses caractères sont très intéressants ; il s'agit d'un diplobacille unicapsulé dont la reproduction par sporulation est très nette dans les cultures de pommes de terre. Les propriétés pathogènes de cet organisme ont été étudiées par voie d'inoculation intra-veineuse chez l'animal. Enfin, ce microorganisme a des affinités étroites avec celui que Jollès à Vienne, Scifur à Wurtzbourg, Kischner à Berlin, ont considéré comme l'élément générateur de la grippe-influenza. Il a aussi une certaine ressemblance avec celui qui a été trouvé dans les eaux de la Moscowa rapportées par M. Tessier, toutes considérations bien faites pour autoriser à lui accorder *une influence pathogénique importante.*

Séance du 26 *mai* 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LE Dr LE ROY DE MÉRICOURT.

M. BRISSON, de Lenharrée, délégué de la Société académique de la Marne, présente une étude sur les *climats.* Cette classification méthodique permet d'embrasser d'un seul coup d'œil les différentes stations hivernales. Dans le tableau n° 1, cet auteur indique la température moyenne des climats, les variations atmosphériques, l'état hygrométrique (climat sec ou humide), ainsi que l'action excitante, l'action sédative, l'action tonique, l'action débilitante. Dans le tableau n° 2, les climats sont divisés en trois séries (chauds, intermédiaires, froids). La série des climats chauds renferme trois classes (toni-excitants, toni-sédatifs, sédatifs). Au moyen de ces divisions, les indications climatériques permettent

(1) Le Bureau de la section des Sciences était ainsi constitué : Président : M. Berthelot ; Vice-présidents : M. Mascart, M. Alph. Milne-Edwards, M. Darboux, M. Le Roy de Méricourt ; Secrétaires : M. Angot, M. Vaillant.

de distinguer instantanément le groupe ou le climat que l'on recherche.

M. B. Dupuy a retiré de la Sylvie (Anémone des bois) un principe actif, solide, cristallisé, l'*anémonine*.

M. E. Feray (d'Evreux) communique le résultat d'une étude qu'il a faite de l'eau d'une *source émergeant au Neubourg*, petite ville de l'Eure. Le puits au fond duquel jaillit la source a 32 mètres de profondeur et traverse des couches appartenant à la période secondaire. L'eau analysée contient à l'état de dissolution 11"25 d'oxygène par litre, quantité de beaucoup supérieure à celle des autres sources. Il vante son action dans la dyspepsie et la glycosurie.

M. le Dr A. Pozzi (Reims) a étudié l'*anesthésie chloroformique mixte*. Des expériences, le sommeil est plus calme, point d'à-coup, point d'évanouissements. Mais l'action la plus remarquable de l'anesthésie porte sur la fonction cardiaque. Le plus grand danger de l'anesthésie chloroformique, ce sont les syncopes inhibitoires du début de l'anesthésie mixte, le pouls se régularise et conserve tout le temps de l'anesthésie une sérénité parfaite. Cette action bienfaisante a été particulièrement manifeste sur un opéré de désarticulation de cuisse. Le chirurgien et ses aides n'avaient qu'une crainte, c'est que le malade ne restât sur la table d'opération pendant l'anesthésie. En somme, si la chloroformisation mixte ne présente pas tous les avantages annoncés par les promoteurs de ce mode d'anesthésie, elle offre une sécurité incontestable contre les accidents cardiaques. Elle est particulièrement recommandable chez les individus atteints d'une affection du cœur, chez ceux dont le système nerveux est particulièrement susceptible, et dans les opérations prédisposant plus que d'autres aux actes inhibitoires.

M. le Dr Adrien Pozzi (de Reims) fait encore une communication sur l'*insertion capsulaire d'un faisceau surnuméraire du biceps et de sa valeur anatomique*. Le biceps brachial présente parfois un troisième faisceau à insertion capsulaire. Cette anomalie est en rapport avec l'évolution et l'orientation du membre supérieur.

Une des questions du programme était ainsi conçue : *Jusqu'à quel point l'Etat peut-il intervenir légitimement dans les questions d'hygiène publique?* M. Charles Lucas a lu un mémoire sur ce sujet. La commission, composée d'architectes de la préfecture de la Seine et de la préfecture de police, d'experts près la cour d'appel de Paris et le tribunal civil de la Seine, de membres de commissions locales d'hygiène de Paris et assisté de plus d'un avocat au conseil d'Etat, membre du conseil judiciaire de la société, commission chargée de nettement définir la part qu'il convenait de prendre à l'étude de cette question : « *Jusqu'à quel point l'Etat peut-il intervenir dans les questions d'hygiène publique ?* », a décidé que la Société centrale des architectes français, étant surtout une Société professionnelle d'architectes, devait restreindre, autant que possible, ses études sur l'hygiène publique à celles concernant la salubrité des voies publiques et privées et des immeubles publics et privés, mais qu'il y avait lieu : 1° De rechercher, en attendant une revision et un complément de la législation actuelle, dans quelles conditions la loi du 13 avril 1850 et le décret du 26 mars 1852 ont été appliqués et peuvent être appliqués à toutes les communes de France; 2° De demander que l'instruction de toute affaire concernant l'hygiène ou la salubrité soit faite à ciel ouvert et que le premier acte de cette instruction consiste en la mise en cause du propriétaire de l'immeuble visé, en exprimant le regret que trop souvent cette instruction repose sur une dénonciation anonyme et mal fondée; 3° D'exprimer le vœu que les mesures exécutives de la législation spéciale sur l'hygiène et la salubrité soient du ressort des municipalités et non des conseils municipaux; 4° D'empêcher l'administration de profiter de son intervention, bien souvent légitime, pour paralyser inutilement l'essor des artistes dans certains cas où l'hygiène n'est pas en cause et aussi pour imposer aux propriétaires tel ou tel mode d'exécution des travaux au lieu de se borner à exiger la suppression de telle ou telle cause d'insalubrité; 5° De souhaiter que le Parlement, dans une prochaine discussion des projets de loi sur l'hygiène et la salubrité qui lui sont soumis, codifie les lois, décrets et arrêtés actuellement en vigueur et précise nettement les données d'application. Marc. B.

Exposition de journaux. — Une exposition qui ne manquera pas d'originalité, et qui aura au moins le mérite de la nouveauté, s'ouvrira le mois prochain au Champ de Mars. On y trouvera les spécimens de tous les journaux du monde et tous les moyens de publicité employés par les divers peuples. A côté figureront tous les genres de réclame, affiche, publicité ambulante, nocturne, aérienne, etc. — Cette exposition ayant lieu en même temps que celle des artistes-peintres, les visiteurs trouveront cette année, au Champ de Mars, une attraction nouvelle.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. — Les complications oculaires de l'Influenza.

I.—Nous ne voulons rappeler ici que les formes exceptionnelles qui ont été observées au cours de la dernière épidémie de grippe. Presque toutes les affections oculaires lui ont été attribuées, sans présenter, pour la plupart, un type clinique bien caractéristique et leur nomenclature pourrait paraître fastidieuse. Existait-il une simple coïncidence ou une manifestation véritable? C'est ce qu'il a été souvent difficile d'établir. Toutefois la nature microbienne et l'évolution insolite de quelques lésions inflammatoires ne laissent aucun doute sur l'influence directe de la grippe.

Rampoldi (*Annali di Ottalmologia*, p. 517) distingue deux formes d'affections oculaires de l'influenza. 1° l'*inflammatoire* et 2° la *nerveuse*; à la 1re se rapportent les plus nombreuses.

1° *Forme inflammatoire.* — *L'œdème* et les *abcès des paupières* (Landolt) ont été observés soit à la période de convalescence, soit plusieurs semaines après la guérison de la maladie; les complications se sont montrées de nature benigne. Cependant Valude, a cité un cas de phlegmon de l'orbite qui disparut sans suppuration et laissa une atrophie optique.

La *kératite dendritique* (Bayer, *Prog. méd.*, Woch. 1890) s'est présentée sous forme de foyers multiples siégeant surtout dans la moitié supérieure de la cornée. Dans la plupart des cas il s'est produit des ulcères, quelquefois profonds, mais qui n'ont jamais amené de perforation. La guérison a eu lieu au bout de quelques semaines, avec formation d'une cicatrice peu apparente.

Quelques cas de *tenonite* ont été signalés par Fuchs (Wien. Klin. Woch., 1890). Sur trois cas, un seul présenta un certain caractère de gravité. En même temps qu'un énorme gonflement des paupières, il se fit une suppuration dans la capsule de Tenon. Peu de jours après la perforation du globe eut lieu et l'œil devint aveugle. Il y avait dans le pus des pneumococci de Frankel-Weichselbaum.

L'iritis et l'irido-choroïdite purulente avec manifestations glaucomateuses ont été consignées plusieurs fois. Dans le cas cité par Hosen (Corresp. Bl. für schweitz: Aerzte, 1890) il s'agissait d'un enfant de 13 mois qui, après une atteinte d'iritis, eut une hyalite purulente que l'auteur rapproche des suppurations produites par la méningite cérébro-spinale.

Toutes ces suppurations se sont produites spontanément sans être annoncées par une aggravation de l'état général. Du reste, il n'y a jamais eu de relation entre l'apparition de ces accidents et les stades de la grippe, entre leur intensité et celle de la maladie.

Une affection plus grave dans ses conséquences, *la névrite rétro-bulbaire*, a été l'objet de plusieurs travaux importants, de l'étude desquels il se dégage la possibilité d'une infection du nerf optique. Dans un récent article, Eperon (1) a fait une étude approfondie de cette forme de névrite. Bergmeister (2) avait déjà publié deux cas et l'avait assimilée à celle que l'on observe dans le cours des maladies infectieuses aiguës, comme la fièvre typhoïde, le typhus, les fièvres éruptives, la diphtérie. Les symptômes observés sont à peu près les mêmes; début marqué par des douleurs de tête, diminution progressive de la vue avec scotome central ou rétrécissement du champ visuel périphérique; papillite légère et à la dernière période, atrophie du nerf optique.

Le Dr Eperon cite six observations de cette névrite rétro-bulbaire dans lesquelles l'atrophie ou la diminution de l'acuité visuelle sont survenues rapidement. L'une est douteuse, M. Eperon le reconnaît. Dans deux cas, le virus de l'influenza est venu se surajouter à des lésions déjà existantes et n'a fait qu'aggraver rapidement en agissant sur un terrain en parfait état de réceptivité.

De ces faits et de ceux observés par Landsberg et Remak, M. Eperon conclut que cette *névrite rétro-bulbaire* a une marche rapide et une issue presque toujours funeste. Elle s'accompagne de douleurs céphaliques et périorbitaires, parfois assez violentes, dont la durée peut être longue, et de

(1) *Progrès médical*, décembre 1890.
(2) *Inter. Klin. Rundsch.*, 1890, 10.

crampes épileptiformes avec perte de connaissance (Remak).

M. Eperon fait ressortir avec raison l'importance qu'il y a à examiner l'acuité visuelle centrale, dont le défaut indique une altération des fibres maculaires du nerf optique, le champ visuel, d'autre part, dont les variations indiqueront le degré de participation des autres faisceaux. Que le champ visuel puisse fournir des indications précises sur le siège de la lésion, c'est, croyons-nous, une distinction un peu subtile, mais un rétrécissement mettra en garde contre les accidents possibles. Nous donnerions volontiers plus d'importance à l'examen ophtalmoscopique qui révèle l'existence d'une papillite ou tout au moins d'une décoloration du disque optique.

M. Eperon n'a pas mentionné une observation de *papillite* due à l'influenza communiquée par M. Vignes à la Société d'Ophtalmologie (1er juillet 1890) et qui a fait l'objet de la thèse d'un de ses élèves. La malade fut atteinte de cécité totale de l'œil gauche, et on constata l'existence d'une papillite (Stauung's papille) qui disparut très lentement, laissant après elle une papille pâle et décolorée, contrastant vivement avec celle de l'œil droit.

Rien ne s'oppose à penser à un épanchement dans la gaine du nerf optique occasionné par l'agent infectieux de la maladie.

Ce fait est conforme aux autres en ce qui concerne les symptômes, mais il s'est distingué par la soudaineté dans l'apparition des accidents.

Sedan a rapporté l'observation d'un enfant de 7 ans qui, au début d'une attaque d'influenza, fut atteint de cécité subite qui persista pendant 24 heures.

Cette forme de névrite dont nous venons de parler a déjà été décrite par Parinaud sous le nom de *névrite optique rhumatismale;* elle est due, selon lui, à l'inflammation des parties fibreuses de l'anneau sclérotical ou de la gaine du nerf optique.

2° *Forme nerveuse.* — On a noté des douleurs dans les bulbes, au moindre mouvement, de vraies ophtalmodynies (Rampoldi), des névralgies violentes de la 5e paire, la migraine ophtalmique (Parent), des paralysies des muscles intrinsèques ou extrinsèques de l'œil. D'après Dentsi, la névralgie est surtout localisée à la branche ophtalmique et à caractère intermittent; quelquefois elle s'est accompagnée d'hyperhémie, d'éruptions vésiculaires, de larmoiement.

Plusieurs auteurs ont signalé *la paralysie de l'accomodation, le blepharospasme* (Uhtoff, Landsberg). Chez un malade, Gorecki trouva en même temps de la *parésie de la convergence* et de la dyschromatopsie.

Schirmer (*Klin. Monatsbl.*, août 1890), a cité un cas d'*ophtalmoplégie monoculaire totale* chez une dame âgée de 54 ans.

Le lendemain d'une attaque d'influenza, elle fut prise de violents vomissements. Le lendemain, le ptosis apparut, on constata une paralysie totale des muscles de l'œil, une immobilité de la pupille et une absence complète de l'accommodation.

Les muscles extrinsèques se sont montrés plus souvent intéressés, tantôt sous forme d'ophtalmoplégie externe totale (Gillet), tantôt pris isolément, ainsi qu'en témoignent trois observations de Van den Bergt, (*La Clinique*, 30 janvier 1890), comme pour toutes ses autres manifestations, toutes les fois qu'il existait une tare, la grippe s'est montrée avec des symptômes plus graves.

Le Dr Delacroix, à Reims, a constaté que, sous l'influence de cette affection, chez deux malades intoxiqués par l'alcool et le tabac, l'amblyopie avait subi une aggravation très notable.

Comme on le voit par ce court exposé des faits de la littérature, parmi lesquels nous avons choisi les plus saillants, les maladies oculaires dues à l'influenza ont été fréquentes et variées. Si, d'un côté, on a, en temps d'épidémie, une tendance naturelle à attribuer tout à la même origine, il n'en est pas moins vrai que certaines formes ont été décrites simultanément par plusieurs auteurs. Il faut donc admettre des manifestations oculaires sous l'influence directe de la grippe, dont les symptômes ne sont pas généralement assez nets pour leur réserver un aspect clinique. Pouvons-nous, sans sortir de notre cadre, ajouter qu'elles sont d'ordre infectieux et que leur étude attentive peut faire prévoir d'autres accidents.

E. Koenig.

CORRESPONDANCE

Les Fêtes universitaires de Lausanne.

Monsieur le Dr Bourneville, directeur du *Progrès médical,*

Cher et très honoré confrère,

La transformation de l'ancienne Académie lausannoise en Université, par la création d'une Faculté de médecine, dont j'ai entretenu les lecteurs du *Progrès* dans diverses correspondances, méritait d'être célébrée solennellement. Elle vient de l'être, et, durant trois jours, les autorités et la population de Lausanne et du canton de Vaud ont eu le plaisir de recevoir, d'acclamer et d'héberger les nombreux savants étrangers, ainsi que les délégations d'étudiants invités aux Fêtes universitaires. La France s'était fait représenter brillamment à cette cérémonie. De toutes ces écoles, professeurs et étudiants étaient accourus chez nous.

De hauts fonctionnaires, MM. Liard et Monod, des savants illustres, dont je citerai plus loin les noms, honoraient notre petite ville de leur présence. Nous avons tous été sensibles à cette nouvelle marque de sympathie, et nous espérons que nos hôtes auront conservé de leur passage à Lausanne un aussi bon souvenir que celui que nous gardons de leur participation à nos fêtes.

Je ne vous décrirai pas longuement les cérémonies qui ont constitué le « baptême » de notre jeune Université. Je veux pourtant noter ici l'impression causée par le déroulement à travers nos rues accidentées et brillamment pavoisées du cortège des invités, où les robes aux vives couleurs des professeurs français, les bérets, les casquettes et les bannières resplendissantes des étudiants ajoutaient une note pittoresque à la monotone simplicité des habits noirs. Ce cortège se rendait au théâtre, où (en l'absence des bâtiments universitaires qui doivent être construits prochainement) devait avoir lieu l'inauguration solennelle de l'Université et la remise des adresses de félicitations envoyées par la plupart des Universités européennes. Superbe cérémonie, où ont été célébrés avec éloquence les bienfaits de l'instruction supérieure au sein de la liberté. M. Planchon, directeur de l'Ecole de pharmacie de Paris, avait été, en sa qualité d'ancien professeur à notre Académie, chargé de parler au nom des Facultés de Paris. Il a été un des orateurs les plus applaudis. Un vaste banquet, réunissant tous les invités l'après-midi, et le soir un concert, pour la réussite duquel Lausanne s'est surpassée, ce fut la première journée.

Glissons de même sur le second jour, où Lausanne espérait pouvoir faire jouir ses hôtes des beautés du pays. On avait préparé, dans ce but, une course en bateau sur le lac Léman, avec banquet à Montreux, et suivie, le soir, d'une fête vénitienne à Ouchy et d'une réception, avec bal, à l'hôtel Beau-Rivage. Si le temps eût été beau, nul doute que les étrangers qui nous faisaient le plaisir de participer à nos réjouissances eussent remporté un souvenir inoubliable de cette promenade au sein d'une nature admirable, embellie par le printemps et au milieu de l'enthousiasme unanime des populations. Mais, hélas! une pluie abominable a gâté tout le programme. Il a fallu se rabattre sur les banquets, sur les discours, heureusement nombreux, et, pour la plupart, excellents, et, pour détourner les impressions suscitées par l'inclémence du temps, il s'est trouvé des vins généreux, français et vaudois, en abondance. On m'assure que, même dans ces conditions, la seconde journée a laissé une bonne impression.

Les diverses Sociétés savantes du canton de Vaud avaient profité de la circonstance pour organiser des séances suivies de banquets. La Société vaudoise de médecine était fort heureuse d'avoir cette occasion unique pour donner un instant l'hospitalité à des savants tels que MM. Chauveau, Brouardel, Lannelongue, Bernheim, Liebreich. Ils nous en ont, du reste, largement récompensés par les communications instructives qu'ils nous ont faites dans le cours de la séance et par les toasts spirituels dont ils ont égayé notre banquet. M. le Pr Chauveau nous a entretenus de ses belles recherches sur le vaccin et le virus variolique, ce qui a fourni à M. le Pr Eternod (de Genève) l'occasion de parler aussi des expériences qu'il a faites sur ce

sujet avec M. Haccius, à l'Institut de Nancy. M. le Pr Lannelongue, par son talent, a su rendre captivante une conférence sur les os intermaxillaires. M. le Pr Schiff (de Genève) a exposé les résultats d'intéressantes recherches sur la suppléance du nerf facial par le trijumeau. M. Liebreich (de Berlin) a parlé des effets de la cantharidine sur les capillaires, et a fait connaître un nouveau moyen de concentrer la lumière sur des nodules lupiques invisibles sans cela.

Avant la séance, une visite avait eu lieu dans les hôpitaux, où M. Lannelongue avait pratiqué une craniectomie, et M. Bernheim fait des expériences de suggestion.

Le banquet qui a suivi a été fort gai. Après les paroles de bienvenue prononcées par les Drs Burnier et Morax, président et vice-président de la Société vaudoise de médecine, des toasts ont été portés par M. Brouardel, au doyen de notre nouvelle Faculté de médecine, M. Marc Dufour, par ce dernier lui-même, puis par MM. Chauveau, Liebreich, Grützner (de Tubingue), qui nous ont remerciés, en termes trop aimables, de la réception qui leur avait été faite. Il était encore assez tôt, après le banquet, pour monter à Sauvabelin, où se trouvaient les étudiants. Charmant coup d'œil que ces jeunes gens de tous les pays, fraternisant *inter pocula*, sous les beaux ombrages de la vieille forêt ou sur la pelouse, où dansaient « Français, Anglais, Belges, Suisses, Germains », réalisant là, pour quelques instants, le rêve de Béranger, et se donnant la main aveo la plus franche cordialité.

Et c'est, en somme, une des impressions les plus heureuses qui restent des fêtes universitaires de Lausanne. Elles ont montré une fois de plus combien la concorde est facile et douce aux hommes de science de toutes les nations et combien la science elle-même profite de cette entente cordiale. Je tiens à noter cette impression dans les colonnes du *Progrès médical*, qui a toujours montré un si large libéralisme dans ce domaine. Et je ne puis m'empêcher de souhaiter, en terminant, de voir se réaliser, ne fût-ce que dans une faible mesure, le vœu de notre éloquent directeur de l'instruction publique, M. Ruffy. Oui, que la réunion à l'Université de Lausanne, sur un terrain neutre, des étudiants de divers pays, soit pour eux l'occasion de cimenter des amitiés durables, qui pourraient avoir plus tard la plus heureuse influence sur l'entente mutuelle des peuples.

Agréez, mon cher Directeur, l'expression de mon cordial dévouement. EPERON.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments d'Embryologie de l'Homme et des Vertébrés; par A. PRENANT, avec préface du professeur Mathias DUVAL. Livre premier. — Paris, Steinheil, éditeur, 1891.

C'est pour nous une véritable joie d'avoir à rendre compte d'un traité élémentaire d'Embryologie en langue française. Dans le pays de Coste, on ne trouvait jusqu'à présent, en dehors des travaux originaux comme celui de M. M. Duval sur l'embryologie du poulet, que les traductions de Kölliker et de Balfour. Ces deux ouvrages font certainement autorité; mais l'exposition en est différente de celle que nous aimons; il faut à l'esprit français un exposé tout de clarté et de synthèse, un style et des procédés qu'on ne trouve pas là; d'autre part, les matériaux sur l'embryologie, les mémoires originaux se sont tellement accumulés dans ces dernières années, que la nécessité d'un livre neuf, résumant et conduisant tout cet ensemble de faits et d'hypothèses, était devenue pressante. L'Embryologie, comme toutes les sciences jeunes, progresse avec une extrême rapidité, et chacun de ses progrès nous ouvre des aperçus sur l'anatomie et la physiologie normales et devient le point de départ d'hypothèses fécondes.

Citons, par exemple, la théorie de la *Gastrula*, celle du *Cœlôme*, qui sont analysées à fond par M. Prenant, dans des chapitres formant chacun une revue critique très complète et très étudiée. Il était difficile d'essayer de fixer, dans un traité dépassant les limites d'un simple précis, l'état actuel de l'embryologie; il fallait pour cela un sens critique extrêmement sûr et une connaissance approfondie des faits. L'auteur, déjà connu par ses études de Cytologie, l'a essayé, et la première partie de l'œuvre qu'il nous donne suffit à garantir le succès.

Ce volume n'est en effet que le début d'un ouvrage plus complet; il ne traite que des développements du germe, de l'embryogénie pure; il sera suivi d'un second volume complétant l'ouvrage et qui sera consacré à l'organogénie proprement dite. Recommandons en particulier aux médecins le chapitre consacré au *placenta*, qui est un excellent exposé de cette question si difficile que les découvertes récentes sur l'ectoplacenta ont éclairée d'un jour tout nouveau. La partie matérielle de l'édition est admirablement soignée; l'auteur et l'éditeur ont adopté le choix des deux sortes de caractères qui se généralisent de plus en plus dans les sciences biologiques. Les descriptions essentielles sont données en grand texte; l'historique, les détails accessoires et les théories remplissent le petit texte. Enfin, un index bibliographique suffisant, mais n'ayant aucune prétention à être un répertoire universel et complet, accompagne chaque chapitre. Le luxe des gravures est considérable, et il le fallait, car l'embryologie est à peu près incompréhensible sans planches, et les planches à elles seules pourraient suffire à constituer un ouvrage didactique. De ces gravures, les unes sont schématiques; les autres empruntées aux différents auteurs; elles sont toutes parfaitement groupées pour l'intelligence du texte fort clair par lui-même. On voit que nous pouvons espérer, lorsque l'ouvrage sera fini, la possession d'un traité excellent, comme résumé, de l'état d'une science aussi complexe. A. P.

Les races humaines; par le Dr R. VERNEAU, préparateur au laboratoire d'anthropologie du Muséum d'histoire naturelle, lauréat de l'Institut; préface par A. DE QUATREFAGES, membre de l'Institut. — Paris, J.-B. Baillière et fils. Un volume, in-8 avec 600 figures, *des Merveilles de la nature* de A.-E. Brehm.

Un livre qui porte une enseigne de ce genre n'admet pas la médiocrité de la conception. Le parrainage de l'illustre professeur du Muséum accordé au volume de M. Verneau en serait une preuve pour ceux qui ne connaîtraient pas la valeur des travaux de l'auteur. Les « races humaines », telles que nous les présente M. Verneau, comblent une lacune. Depuis une trentaine d'années surtout, les matériaux d'étude anthropologique, ethnographique et ethnologique ont afflué, en s'accumulant nombreux, de tous les points du globe habité, peu ou point connus! Les observations se sont multipliées, les collections amplifiées, les connaissances élargies. De nouvelles peuplades, de nouveaux « modes » ou faciès de races ont surgi de l'inconnu et sont venus se ranger d'abord sans ordre, sur l'inventaire enregistreur des locataires terrestres. Puis, le triage s'est fait, des parentés obscures se sont révélées, grâce aux travaux de savante police des anthropologues instructeurs. Les larges casiers d'autrefois se sont subdivisés et remplis de dossiers plus ou moins précis, suivant un ordre méthodique, en permettant l'étude raisonnée et la classification rationnelle. Présenter à « l'homme du monde intelligent et curieux, au diplomate et au commerçant aussi bien qu'à l'anthropologiste qui est au début de ses études », le tableau comparatif de tous les représentants de l'espèce humaine par ses races, tel est le but cherché et atteint de ce travail. M. de Quatrefages esquisse, dans la préface, à grands traits, l'historique de la science anthropologique, les questions du mono et du polygénisme et de la théorie transformiste. M. Verneau leur consacre un premier chapitre d'anthropologie générale. L'étude des races fossiles et des races préhistoriques, substratum des actuelles, remplit, très claire quoique succincte, le chapitre suivant auquel on sait gré de se trouver présent à sa place dans le volume. Enfin, la description des races actuelles s'égrène le long des subdivisions naturelles et méthodiques suivant le schéma classificateur de M. de Quatrefages : Tronc, branche, rameau, famille, groupe, tribu. La description de la dernière unité est partagée entre les en-têtes suivants : Origine, distribution géographique, caractères physiques, vêtements et parures, habitation, mœurs et coutumes, genre de vie, alimentation, industrie, art, organisation sociale, religion, funérailles, famille, industrie et commerce, etc. L'unité du plan est ainsi obtenue. Les figures sont répandues à foison et gagnent souvent par le texte. L'ouvrage, très personnel, se passerait du patronage de A.-E. Brehm.

An improved tape measure, par William C. KRAUSS. M. D. (*Buffalo medical and surgical Journal*), avril 1890.

Description sommaire d'une bande articulée et graduée, pour mensurations exactes des atrophies musculaires, asymétries, longueur d'os et des membres. Pourra rendre service, dans l'idée de son inventeur, aux neurologues établissant leur prognose ou diagnose de lésion de la substance grise de la moelle sur le diagnostic exact d'une atrophie musculaire. La bande mensuratrice a été fabriquée par Tiemann et Cᵒ à New-York.

L'Anthropoplastie galvanique, recherches sur la conservation du corps humain par les procédés galvanoplastiques, par G. VARIOT médecin des hôpitaux, etc. Paris, Masson, éditeur, 1890.

M. Variot, en appliquant à la conservation du corps humain, dans sa totalité, les procédés galvanoplastiques, est arrivé avec M. Charpentier, mécanicien des travaux d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, à obtenir la métallisation du cadavre et sa transformation en une momie métallique indestructible. Après avoir opéré d'abord sur des fragments de peau, ensuite sur des cadavres d'enfants nouveau-nés, il a perfectionné ses procédés et dispositifs et présente dans sa brochure les résultats obtenus sur les cadavres d'enfants. Le corps est emprisonné galvanoplastiquement dans une écorce métallique (cuivre) variant de 1/2 à 1 1/2 millim. d'épaisseur. Le dessèchement à l'étuve et la stérilisation du corps emprisonné éviteront les effets déformants et anti-hygiéniques de la décomposition possible. On pourrait aller plus loin encore dans cette direction, dit M. Variot, et pratiquer l'incinération à l'intérieur du moule qui servirait ensuite d'urne funéraire. Quelques obstacles, d'ordre sentimental, l'un d'ordre législatif, s'opposeraient encore à ce que la momification métallique devienne une pratique courante, mais il reste, en attendant, la démonstration faite par M. Variot de la possibilité et des avantages de ce mode de conservation du corps humain. Il a établi, dans son travail intéressant, que la galvanoplastie nous permet de conserver d'une manière indestructible les traits et les formes générales d'un homme mort.

Das œffentliche Gesundheitswesen in der Stadt Berlin; par le Dʳ PISTOR. — Berlin, 1890.

Ce rapport comprend les années 1886, 1887 et 1888, il a été fait à un point de vue plus général que les précédents ; quelques chapitres (vaccination, sages-femmes, personnel médical, Charlottenburg) ont été rédigés par le Dʳ Wehmer. Après avoir parlé du climat, des eaux, du sol, l'auteur aborde la statistique: il nous montre l'accroissement de la population; pendant ces trois années, le chiffre a été de 155,000, c'est-à-dire qu'il y avait en 1888 1,470,582 habitants à Berlin. Le nombre des décès s'est abaissé progressivement, ce résultat doit être attribué aux nombreuses améliorations dues à l'hygiène, à l'aménagement des eaux, à une canalisation meilleure, etc.; la proportion des décès était en 1886 de 25,64 0/0, en 1887 de 21,87 0/0 et en 1888 de 20,35 0/0. Il n'y a pas eu cependant de modifications importantes à signaler dans les épidémies ; les affections gastro-intestinales ont été moins nombreuses pendant l'été, plutôt froid de 1888, et la mortalité a diminué. La diphtérie fait toujours de grands ravages, la fièvre typhoïde en 1888 a causé 207 décès sur 29,283 décès. Il n'y a pas eu de choléra par suite des mesures qui ont été prises : des saltimbanques venant de Buda-Pesth, où sévissait l'épidémie, ont été menés à leur arrivée à Berlin à l'établissement de désinfection. Après avoir exposé les différentes mesures de police sanitaire pendant ces trois années, l'auteur termine son rapport par les règlements qui concernent le corps médical, les pharmaciens et les droguistes. J. DAGONET.

Formulaire de médecine pratique; par le Dʳ E. MONIN, Paris. Société d'Editions scientifiques, 1891.

Ce formulaire renferme un grand nombre de formules d'un usage quotidien, ainsi que des notions sur l'hygiène des maladies. L'ordre adopté par l'auteur est celui des maladies se suivant par ordre alphabétique. C'est donc plutôt un petit traité de thérapeutique qu'un formulaire à proprement parler. Ce livre peut être fort utile au praticien, comme *memento* thérapeutique. Nous lui reprocherons seulement son volume un peu trop gros. A. R.

VARIA

Les Femmes pharmaciennes.

Nous extrayons d'un article de Mᵐᵉ Bl. PILLIET-EDWARDS, paru dans la *Tribune médicale*, le passage suivant :

« Le *Progrès Médical*, avec son impartialité bien connue, a pris la direction de cette campagne qui fait en ce moment le tour de la grande presse. Les articles de MM. M. Baudouin et Bourneville ont été repris, copiés et commentés dans les journaux politiques, et une intéressante étude a paru dans l'*Autorité* sous la signature de Paul de Cassagnac, réclamant pour les femmes l'admission à toutes les carrières libérales — sauf la politique — puisqu'il est homme politique. Il nous a semblé piquant de voir cet auteur, qui est plus souvent l'apôtre du cléricalisme et des bonnes sœurs, devenir tout à coup le disciple ardent de la liberté des femmes et le défenseur des opinions de M. Bourneville; mais, au point de vue féminin, il n'en est pas moins remarquablement intéressant de voir des hommes de toutes opinions converger vers ce but : assurer aux femmes des moyens honorables de gagner une vie indépendante et en rapport avec leur éducation première.....

« En 1878, deux jeunes filles inscrites à l'Ecole de pharmacie suivaient les cours de 1ʳᵉ année à l'Ecole de médecine avec nous, et nous avons telle de nos collègues françaises qui, en 1881, prit sans aucune difficulté sa première inscription à l'Ecole de pharmacie ; elle ne poursuivit que la médecine où elle réussit très bien; mais ces exemples nous prouvent que rien — dans les sphères officielles — ne s'oppose à l'accès des femmes à l'Ecole de pharmacie. »

Les misères des Grands Médecins.

Les jeunes étudiants qui admirent de loin leurs anciens collègues, grandis sur les bancs des amphithéâtres de la Faculté de Paris, et les suivent d'applaudissements passionnés, ignorent souvent tout ce que l'existence de ces héros, d'apparence brillante, a de précaire, d'incertain, de difficile. Ils ne connaissent, quand le succès est arrivé, de ce genre de vie que ce qui résonne, s'enfle, et se répercute dans le tintamarre des journaux spéciaux, où les travaux de valeur se confondent avec la réclame, quand ils n'en sont pas la raison d'être. Et petits médecins de campagne, grands spécialistes des villes soupirent mélancoliquement avec un sentiment d'envie aux triomphes retentissants de ces êtres d'élection qui boivent chaque jour à pleins bords l'ivresse des compliments, des louanges, les marques ardentes d'approbation de tout un peuple d'admirateurs. Peu, parmi les envieux, ne songent comment s'achètent ces renommées scientifiques, aux prix de quels efforts incessants, de quelles difficultés matérielles vaincues, de quel labeur sans cesse renouvelé se conquiert ce rang de Grand Maître. Ne parlons que des arrivés ; omettons volontairement ceux qui restent en route, voués aux humiliations, aux tristesses, aux misères des rôles subalternes. Il n'est pas un ouvrier qui ait à dépenser autant d'activité, de volonté, de force nerveuse. C'est la tension de mémoire nécessaire à la préparation des concours, c'est la fréquence des conférences, la patience, l'application, la souplesse indispensable à cette reprise des mêmes phrases, des mêmes jeux de physionomie, des mêmes attitudes. Réfléchit-on à la journée de celui qui veut ainsi parvenir : de 8 h. à midi l'hôpital, un déjeuner hâtif, de 1 h. à 5 h. l'école pratique ou le laboratoire, un dîner hâtif, de 7 h. à minuit le bouquin. Durant 18 heures sur 24 heures, pendant 25 ans, cet homme doit se tenir debout, marchant, parlant, gesticulant, dans la concentration de toutes ses forces, dans l'énergie exaspérée de son esprit. Ajoutez-y la surexcitation de tous les sentiments : l'attente du succès, l'angoisse de l'échec, les anxiétés de l'amour-propre, les douleurs de l'orgueil blessé, la jalousie des rivaux, la nécessité de la lutte, le besoin de défense contre des complots véritables, les haines et les compétitions perfides !

(Paraphrase d'un article d'un journal littéraire sur les *Grandes Comédiennes*, Mutatis Mutandis).

Pour copie paraphrasée : Z.

Influenza.

Une attaque d'influenza, d'après un membre du Parlement anglais :

« Vous êtes tout à coup saisis par les symptômes du catarrhe, de la fièvre pernicieuse et de la fièvre des foins. Vous sentez une feuille de fer chauffé à blanc envelopper vos côtes ; il vous semble que quelqu'un perce un trou avec une vrille dans votre dos entre les omoplates. Vous vous imagineriez être réduit à l'état d'une gelée molle, si vos os ne se rappelaient à votre souvenir en ayant chacun comme une rage de dents individuelle. Mais, à tout prendre, l'état physique n'est rien auprès de l'état moral ; vous

avez conscience d'avoir été condamné, sans avoir été ouï, sans avoir été jugé, pour tous les crimes que contiennent tous les codes pénaux qui aient jamais été rédigés. »

Et voilà comment on écrit... et fait l'histoire.

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux.

Etat nominatif des Docteurs en médecine reçus pendant les mois de mars, avril et mai (Année scolaire 1890-91.)

M. Lamic : *Contribution à l'étude de l'intoxication oxycarbonée ;* — M. Lacombe : *Quelques considérations sur la gale et le traitement par le naphtol ;* — M. Glérant : *Quelques cas d'anévrismes chirurgicaux observés à l'hôpital maritime de Brest, leur traitement ;* — M. Hamon : *Contribution à l'étude des ruptures du ligament rotulien ;* — M. l'Eost : *Essai sur les affections oculaires liées à la diathèse rhumatismale ;* — M. Patriarche : *Des exostoses ostéogéniques ;* — M. Jeanty : *De l'empyème latent de l'antre d'Highmore, étude accompagnée de vingt-deux cas inédits de cette affection ;* — M. Lièvre : *Contribution à la géographie médicale. Notes et observations recueillies au Rio-Nunez 1887-1888 ;* — M. Le Port : *De l'appendicite et de son traitement ;* — M. Raulin : *Etude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. Supériorité de la résection de ses branches sur leur élongation et l'extirpation du ganglion de Gasser ;* — M. Royer-Collard : *Alcoolisme, coma alcoolique. Responsabilité légale des alcooliques ;* — M. Espéron-Lacaze de Saraac : *Incontinence nocturne d'urine chez les enfants (revue étiologique et thérapeutique) ;* — M. Cassaigneau : *Des abcès froids ossifluents de l'os coxal dans leurs rapports avec la coxalgie ou pseudocoxalgies d'origine iliaque.*

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 1er. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Straus, Marie. — 4e *de Doctorat :* MM. Potain, Hayem, Déjerine.

Mardi 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Nélaton, Poirier. — 3e définitif d'officiat (Charité) : MM. Tarnier, Panas, Hanot. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Peter, Ballet, Letulle. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Hutinel.

Mercredi 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Pinard, Tillaux, Segond. — (2e partie) : MM. Grancher, A. Robin, Brissaud.

Jeudi 4. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Ball, Remy, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Legroux, Quinquaud.

Vendredi 5. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Grancher, Straus, Netter. — (2e *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard.

Samedi 6. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Debove, Letulle. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Cornil, Hanot, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Legroux, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 4. — M. Louvel. Etude sur Jacques de Marque, chirurgien (1571-1622) et analyse de ses ouvrages. — M. Longueville. Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau.

Enseignement municipal supérieur.

Clinique médicale. — M. le Dr Landouzy, médecin de l'Hôpital Laënnec, le jeudi 30, à 10 heures.

Conférences cliniques des Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurman, Renault et Pozzi. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr Sevestre : jeudi à 4 heures. — Visite des malades, le matin à neuf heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques) et Bazin (teigneux). Consultation les mercredis et samedis à la même heure.

Conférences de gynécologie clinique et opératoire (Hôpital Lourcine-Pascal). — M. le Dr S. Pozzi, le lundi 11 mai, à 9 h. 1/2.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr de Saint-Germain (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), le jeudi, à 9 heures.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. Richelot (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Horteloup (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2.

Clinique et thérapeutique. — M. Henri Huchard (Hôpital Bichat), le dimanche à dix heures très précises.

Hôpital des Enfants. — M. le Dr Simon a recommencé ses conférences le mercredi 20 mai, à neuf heures du matin ; il les continuera les mercredis suivants à la même heure. Consultation clinique le samedi, à 9 heures.

FORMULES

XII. — Administration de l'Huile de Ricin.

Huile de ricin.	15 grammes.
Teinture d'opium camphorat. . . .	3 gr. 50 c.
Vin d'Oporto.	30 grammes.

M. Agitez bien et prendre à une seule dose. (*Am. J. of Obst.*).

XIII. — Savon mou comme véhicule de l'aristol (Pollarck).

Aristol.	3 parties.
Alcool.	5 —
Savon mou.	30 —
Ether	5 —

M. D. S. — Pour l'usage externe.

N. B. — On peut aussi employer comme véhicule de l'aristol la paraffine molle. (*Amer. Journ. Pharm.*, janvier 1891, p. 51 et *Nouveaux remèdes*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 17 mai 1891 au samedi 23 mai 1891, les naissances ont été au nombre de 1157 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 418 ; illégitimes, 138, Total, 556. — *Sexe féminin :* légitimes, 372 ; illégitimes, 129, Total, 501.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 mai 1891 au samedi 23 mai 1891, les décès ont été au nombre de 1019 savoir : 568 hommes et 451 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 5, T. 9. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 28, F. 10, T. 38. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 3, F. 3, T. 6. — Diphtérie, Croup : M. 19, F. 11, T. 30. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 131, F. 76, T. 207. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 10, T. 25. — Tumeurs bénignes : M. 16, F. 19, T, 45. — Tumeurs malignes : M. 1, F. 10, T. 11. — Méningite simple : M. 20, F. 11. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 35, F. 15, T. 50. — Paralysie, M. 5, F. 7, T. 12. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 8, T. 14. — Maladies organiques du cœur : M. 22, F. 32, T. 54. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 9, T. 16. — Bronchite chronique : M. 16, F. 12, T. 28. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 15, T. 27 — Pneumonie : M. 31, F. 25, T. 56. — Gastro-entérite, biberon, M. 21, F. 14, T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 5, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4, T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 22, F. 21, T. 43. — Sénilité : M. 14, F. 21, T. 35. — Suicides : M. 15, F. 2, T. 17. — Autres morts violentes : M. 10, F. 2, T. 12. — Autres causes de mort : M. 99, F. 75, T. 174. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 8, T. 14.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 17. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 31, illégitimes, 17. Total : 48.

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du prosectorat.* — La 1re séance (épreuve écrite) a eu lieu lundi dernier. Jury : MM. Farabœuf, Ch. Richet, Tillaux, Poirier, Guyon président. — Candidats : MM. Chevalier, Faure, Jonnesco, Delagenière, Mauclair, Guillemain, Dagron, Chipault, Nogucz. Question posée : *Plèvres. Phénomènes mécaniques de la respiration. Epanchements sanguins traumatiques de la plèvre.*

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Regimbeau, agrégé près la Faculté de Montpellier, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards, à ladite Faculté, en remplacement de M. Massé, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Vautrin, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à ladite Faculté, en remplacement de M. Schmitt.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Caubet, professeur de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

Hôpitaux de Paris. — *Concours du Bureau central en Chirurgie.* — Le concours vient de se terminer par la nomination de MM. Lejars et Potherat, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris. La deuxième question posée à l'épreuve orale de pathologie avait été : *Fistules à l'anus.*

Asile d'aliénés de Lafond (*La Rochelle*). — Une place d'interne en médecine à l'asile de Lafond est actuellement disponible. Les candidats à cette fonction devront accompagner leur demande : 1° d'un extrait de naissance ; 2° d'un certificat de scolarité établissant qu'ils sont pourvus d'au moins douze inscriptions et qu'ils ont accompli leur stage réglementaire dans les hôpitaux. Outre les avantages en nature, logement, éclairage, chauffage, blanchissage, nourriture, l'interne de l'asile de Lafond reçoit une somme de 800 francs pour la première année et de 900 francs pendant les deux dernières années de son stage dans l'établissement. Les demandes doivent être adressées à M. le Dr H. Mabille, médecin en chef, directeur de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure).

Distinctions honorifiques. — Au cours de son voyage dans le Midi, M. le Président de la République a nommé *Chevaliers de la Légion d'honneur :* M. le Dr Lasserre, médecin en chef de l'hospice de Bayonne; M. le Dr Goblet, maire de Mont-de-Marsan. — *Officier de la Légion d'honneur :* M. le Dr Meunier, médecin à Pau. — *Officiers d'académie :* M. le Dr Mora, président du monument Borda, à Dax; M. le Dr Ellissagaray, médecin à Saint-Palais; M. le Dr Laffon (de Pau). — *Chevalier du Mérite agricole :* M. le Dr Massie. — D'un autre côté, MM. les Drs Delage, médecin inspecteur des écoles de Paris ; Paris, médecin du collège de Verdun, et Billet, médecin du lycée de Lons-le-Saunier, sont nommés Officiers d'académie.

Fêtes universitaires. — Les étudiants étrangers et les diverses délégations des Facultés de France venant de Lausanne ont visité, en revenant, les musées, les hôpitaux et les Facultés de Lyon. Un grand banquet offert par l'Association lyonnaise les a réunis. Plusieurs toasts ont été portés par les présidents des délégations qui ont successivement bu à la Suisse, aux étudiants de France et aux Lyonnais. — Pendant le banquet, le président a reçu une dépêche de Prague, où les étudiants de plusieurs villes de France se sont rendus pour assister aux fêtes universitaires. Cette dépêche signale les ovations enthousiastes faites aux étudiants français ; la foule les a acclamés et ils ont été portés en triomphe. Le président a porté un toast à la ville de Prague.

Foudre et téléphone. — M. W..., employé au bureau téléphonique à longue distance, se disposait à correspondre pour affaire de service. Déjà la sonnette d'avertissement avait retenti ; l'employé approcha les récepteurs de son oreille ; tout à coup il ressentit une forte décharge électrique qui le fit chanceler, le renversa et le précipita hors de la cabine dont la porte était mal fermée. Le malheureux employé fut blessé au front et à l'œil soit en tombant, soit par les appareils qu'il tenait à la main.

Hommage au Dr Liébault. — Un grand nombre de médecins français et étrangers, admirateurs du Dr Liébault, le fondateur de l'Ecole hypnotique dite de Nancy, se sont rendus, lundi dernier, dans cette ville, pour offrir à ce savant un témoignage de leur respectueuse sympathie. Un magnifique objet d'art a été donné, au cours d'un banquet, à M. le Dr Liébault, ainsi qu'un album contenant la photographie des souscripteurs. Plusieurs discours ont été prononcés à cette occasion par MM. Bernheim et Liégeois (de Nancy), Dumontpallier (de Paris), Mathias Roth (de Londres), et quelques autres spécialistes venus de la Suisse, de la Belgique et de la Hollande.

Hospices de Marseille. — *Concours pour la nomination à cinq places d'Elèves Internes en pharmacie des hospices civils de Marseille.* — Un Concours pour la nomination à cinq places d'élèves en pharmacie des hospices civils de Marseille sera ouvert le 3 août 1891, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des Concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille. Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de 9 heures à midi et de 3 à 5 heures du soir, jusqu'au 27 juillet inclusivement.

Médecins des lycées. — M. le Dr Berthelot, médecin du lycée Condorcet (petit lycée), est nommé médecin du lycée Condorcet, en remplacement de M. le Dr Bremond, décédé. — M. le Dr Humbert, agrégé à l'Ecole de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé médecin du lycée Condorcet (petit lycée), en remplacement de M. le Dr Berthelot, appelé à d'autres fonctions.

Muséum d'histoire naturelle. — *Excursions géologiques.* — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le 31 mai 1891, à Noisy-le-Sec et Romainville. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous, gare de l'Est, où l'on prendra, à midi 35, le train pour Noisy.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — M. Rouget, professeur de physiologie générale au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer, pour une partie de son cours, pendant le deuxième semestre de l'année 1890-1891, par M. Gréhant, aide naturaliste audit établissement.

Maison de Saint-Lazare. — *Concours d'Internat.* — Le concours pour l'internat de la maison de Saint-Lazare s'est terminé, le 23 mai, par les nominations suivantes. Sont nommés internes : MM. Arnaud, Richard, Lévy, Théraud, Rémond, Bouteille.

Nouveaux hôpitaux en Turquie. — Nous enregistrons avec plaisir l'inauguration des hôpitaux suivants : 1° Un grand hôpital militaire, dit : *Timour-Tach*, à Andrinople, pouvant loger de 1.000 à 1.500 malades ; 2° Un hôpital militaire à Mételin et un nouveau pavillon de l'hôpital *Hasseki* de Constantinople. (*Gaz. des hôpitaux de l'Empire Ottoman.*)

Tuberculine et son principe. — Le *Deut. Medicinische Wochenschrift* annonce de source sûre que le Dr Koch s'occupe en ce moment d'isoler le principe actif contenu dans la Tuberculine, de façon qu'il soit possible de reconnaître la composition chimique de ce principe. C'est le mois prochain que le Dr Koch espère arriver à un résultat pratique et il publiera aussitôt un travail détaillé sur ce sujet.

Nécrologie. — M. le Dr Boillet (de Paris). — M. le Dr Marmonier (père), de Domène, ancien médecin militaire, exerçant la médecine depuis 47 ans. Il fut l'un des premiers à faire la transfusion du sang. Son premier cas remontait à 40 ans. — M. le Dr Chimiat (de Vigeois). — M. le Dr Denouette (du Havre). — M. le Dr Dhers (de Castanet). — M. le Dr J. Jacob (de Sarreguemines). — M. le Dr Lochmann (de Christiania). — M. le Dr Bonnafont (d'Alger), membre correspondant national de l'Académie, depuis 1836, pour la section de pathologie chirurgicale, médecine opératoire et accouchements. — M. le Dr Esparbès (de Toulouse). — M. le Dr Chanoin (de St-Denis-la-Chevasse, Vendée).

---

(1) Voir la description dans le *Progrès Médical*, n° 13.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. Charcot, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. Terrillon, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2. — *Clinique mentale :* M. Auguste Voisin, le dimanche 31 mai, à 10 h.

Hôpital Saint-Antoine. — *Clinique médicale.* — M. le Dr Brissaud. Conférences cliniques tous les mercredis à 9h. 3/4. — M. le Dr Merklen. Tous les vendredis à 10 heures.

Hospice de Bicêtre. — M. Bourneville, visite du service le samedi à 9 heures. — M. Charpentier, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. Déjerine, le mercredi à 10 h.

Hôpital Necker. — Clinique médicale : M. Rendu, jeudi à 10 h.

Hôpital Trousseau. — *Clinique chirurgicale.* M. Lannelongue, mercredi, à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale.* — M. Legroux, mercredi à 9 h. 1/2.

Hôpital Saint-Louis. — Service du Dr Quinquaud. — Enseignement de la Dermatologie et de la Syphiligraphie, 1° Enseignement élémentaire : Lundi à 5 h., Dermatologie et Syphiligraphie : Dr Quinquaud. — Mercredi et vendredi à 5 h., Dermatologie : Dr Brocq. — 2° Enseignement supérieur : Pathologie générale et Thérapeutique des affections cutanées et Chimie et Physiologie pathologique des maladies de la peau : Dr Quinquaud. — Lundi à 10 h. 1/2, Pathologie comparée des maladies cutanées : M. Mégnin. — Mercredi à 10 h. 1/2, Pharmacologie appliquée aux affections de la peau : M. Portes. — Jeudi à 10 h. 1/2, Physiologie normale et pathologique de la peau : Dr Butte. — Vendredi à 10 h. 1/2, Bactériologie appliquée aux lésions cutanées : M. Veillon. — Samedi à 10 h. 1/2, Anatomie pathologique des maladies de la peau : Dr Nicolle. — Dimanche à 10 h. 1/2, Laryngologie dans ses rapports avec la Dermatologie et la Syphilographie, Dr Cuvillier. — Ophtalmie dans ses rapports avec la Dermatologie et la Syphilographie, M. Morax. — Leçons au lit du malade, Drs Jacquet et Raymond.

M. le Dr Du Castel, le mercredi à quatre heures du soir, dans la salle des conférences.

Avis. — En raison des modifications survenues dans le programme du Cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles. Provisoirement, les travaux de son service seront limités aux suivants : *Mardi,* Opérations dermatologiques, laboratoire Alibert, à 9 h. *Mercredi,* affections du cuir chevelu et dermatophyties, laboratoire Alibert, à 9 h. *Vendredi,* consultation clin., 38, rue Bichat, à 9 h.

Hôpital de la Pitié. — M. Albert Robin, visite des malades à 9 heures. Mercredi : Conférence de chimie, pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique. Samedi : Examen des entrants.

Hôpital Tenon. — *Clinique médicale.* — M. le Dr Cuffer, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

Hospice des Enfants-Assistés. — *Chirurgie orthopédique.* — M. Kirmisson, le lundi à 10 h. du matin. Opérations le mercredi à 10 h. Consultations chirurgicales et orthopédiques les mardis, jeudis, samedis à 9 heures.

Hôpital Broussais. — *Clinique chirurgicale.* M. le Dr Reclus, le samedi à 9 h. 1/2. — *Clinique médicale.* M. le Dr A. Chauffard le samedi à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie LECROSNIER et BABÉ, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. — Publié sous la direction du D. J. Rochard. Vient de paraître du tome III le 3e fasicule. (Habitations). Ce fascicule forme un volume in-8 de 160 pages, avec figures. Prix . . . . . 3 fr. 50

Cette encyclopédie sera complète en 10 volumes. Prix de l'ouvrage à forfait, 150 fr.

Le Cudennec (A.). — Du palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin (Palper mensurateur). Volume in-8 de 90 pages.

Moncorvo. — Sur l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée maremmatique chez les enfants. Brochure in-8 de 20 pages.

Librairie RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain.

Colin (H.). — Essai sur l'état mental des hystériques. avec une préface de M. le Pr Charcot. Volume in-4 de 253 pages, avec 82 figures et 8 planches hors texte . . . . 5 fr.

Librairie J.-B. BAILLIERE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Chassagny. — Fonctions du forceps (Préhension, pression et réduction de la tête). Nouveau forceps et nouveau tracteur : théories et expériences à l'appui. Défense du périnée au moyen d'un obstacle apporté à son allongement. Volume in-8 de 388 pages avec 40 figures. Prix . . . . 8 fr.

Tillaux. — Histoire de la chaire de médecine opératoire à la Faculté de Paris. Brochure in-8 de 26 pages.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard St-Germain.

Moncorvo. — Sur un cas de chorée traité par l'exalgine et suivi de guérison. Brochure in-8 de 7 pages.

Annuario delle scienze mediche. — N'assunto delle più importanti publicazioni per professori e dottori Bufalini, Calliono, Cicardi, Grazzi, Guaita, Parona, Pisani, Rusconi, Schivardi, Tambroni et Zucchi. Anno XX-1889. Volune in-18 de 570 pages. — Prix 5 livres. — Librairie F. Vallardi.

Beevor (Ch.) and Horsley (V.). — A record of the results obtained by electrical excitation of the so-called motor cortex and internal capsule in an orang-outang (simia satyrus). Brochure in-4 de 30 pages, avec 6 planches hors texte. — London, 1890 Kegan, Trench, Trübner and Co.

Beevor (Ch.-E.) and Horsley (V.).—An experimental investigation into the arrangement of the excitable fibres of the internal capsule of the Bonnet monkey (Macacus sinicus). Brochure in-4 de 39 pages, avec 7 planches hors texte. — London, 1890. — Trübner and Co.

Semon (P.) and Horsley (V.). — An experimental investigation of the central notor innervation of the larynx. Brochure in-4 de 25 pages, avec 2 planches hors texte. — London, 1890. — Kegan, Trench, Trübner and Co.

Darier (A.). — The surgical treatement of granular opthalmia. Brochure in-8 de 5 pages. (Extrait du *The Practitioner.*

Fessler (J.). — Klinisch experimentelle studien über chirurgische Infections-Kraukheiten. Volume in-8 de 176 pages. — Munchen 1891. — Universitäts. — Buchdome-Keru.

Gowers (W-R.) and Horsley (V.). — A case of tumour of the spinal cord. Removal ; Recovery. Brochure in-8 de 55 pages, avec une planche. — London, 1888. — Adlard and Son.

Homen (E-A.). — Commentationes variæ in memoriam actorum annorum edi dit universitas Helsingforsiensis V. — Fests-Krift fran Pathologis k. — Anatomiska Institutet. Volume in-8 d'environ 350 pages, avec 5 planches hors texte. — Helsingfors, 1890.

Möbius. — Bemerkungen über simulation bei Unfall. —Nervenkrauken. Brochure in-8 de 6 pages. — Munchen, 1890. -- Verlag J. F. Lehmann.

Tutzscher. — Méthode de traitement de la tuberculose du professeur Koch mise à la portée du grand public. Volume in-12 de 114 pages. — Prix : 2 fr. — Paris 1891. — W. Hinrisckeu.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 23. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 6 JUIN 1891.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. le Pr I. **STRAUS**.

Sur la morphologie de la cellule bactérienne.

(*Suite*) (1).

Messieurs,

Tous ceux qui se sont occupés de coloration des microbes ont pu constater, surtout sur les cultures vieillissantes, la présence, dans l'intérieur ou aux extrémités de la bactérie, de grains généralement arrondis qui tranchent par leur couleur plus intense sur le reste du corps bacillaire. On les considérait, d'une façon un peu vague, soit comme des modifications involutives du protoplasma, soit comme étant peut-être en rapport avec la production des spores. C'est surtout à P. Ernst que l'on doit d'avoir fait de ces formations l'objet d'une étude systématique. Elle porta d'abord sur le bacille connu sous le nom de « bacille du xérosis » et sur son mode de sporulation (2). Un procédé spécial de coloration lui donna des résultats inattendus.

Voici le procédé utilisé par Ernst. La culture est étendue sur la lamelle, séchée à l'air, puis fixée sur la flamme de la façon habituelle. On l'arrose alors avec quelques gouttes de la solution alcaline forte de bleu de méthylène de Lœffler et l'on chauffe avec précaution sur la flamme jusqu'au moment où de légères vapeurs commencent à se dégager. Si l'on fait bouillir le liquide colorant, la préparation est perdue. On lave ensuite à l'eau et l'on place la lamelle pendant une à deux minutes, à *froid*, dans une solution de vésuvine ou de fuchsine. Après ce traitement, on voit les bacilles colorés faiblement dans toute leur longueur, en brun ou en rouge, et contenant dans leur intérieur un ou plusieurs grains arrondis, colorés en bleu intense.

Appliquant ultérieurement cette méthode de coloration à d'autres bactéries, le bacillus fluorescens, le bacille du lait bleu, le bacille butyrique, le bacille typhique, celui de la septicémie de la souris, le bacille de la tuberculose et même à divers microcoques et à des sarcines, Ernst y constata également la présence de ces grains. Ils n'apparaissent qu'à un moment donné du développement du bacille, moment qui précède celui de l'apparition des spores. Ces grains se colorent en violet foncé par l'hématoxyline de Delafield, en noir par la nigrosine (Kernschwarz) de Platner, c'est-à-dire qu'ils possèdent les deux principales réactions colorantes qui décèlent la substance des noyaux, la chromatine. Ces grains résistent en outre plus énergiquement que le reste du corps bacillaire à l'action du suc gastrique, aux digestions artificielles, autre caractère de la nucléine. En se basant sur ces particularités, Ernst se croit autorisé à assimiler ces grains aux noyaux des cellules ordinaires et à les considérer comme des « noyaux de bactéries ».

(1) Voir *Progrès médical*, n° 22.
(2) P. Ernst. — *Ueber den Bacillus Xerosis und seine Sporenbildung*. (*Zeitschr. f. Hyg.*, 1888, Bd. IV, pp. 25-46).

Ces noyaux ne sont pas les spores, mais les « précurseurs » des spores. Ils se distinguent de la spore proprement dite, mûre, par la facilité relativement considérable avec laquelle ils se colorent par la solution de Lœffler légèrement chauffée, tandis que les spores, pour se colorer, nécessitent l'emploi de la solution d'Ehrlich portée à l'ébullition et ne se colorent pas par la méthode d'Ernst, par l'hématoxyline non plus que par la nigrosine.

Et cependant, il arrive un moment dans l'évolution de la culture où ces grains cessent de se colorer en bleu foncé par le procédé d'Ernst et où ils se colorent au contraire par le liquide d'Ehrlich ou par le liquide de Ziehl porté à l'ébullition ; en d'autres termes, il arrive un moment où ces grains se transforment en de véritables spores. De là le nom de « grains sporogènes » que leur assigne Ernst. En résumé, pour lui, ces grains sont, d'une part, les homologues des noyaux des cellules, et, d'autre part, le stade précurseur de la formation de la spore (1).

A peu près vers le même moment, Babes appelait également l'attention sur une particularité observée par lui sur un certain nombre de bactéries, le bacille du choléra, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, etc. Quand on les colore à l'état vivant avec le bleu de méthylène alcalinisé, on voit, à l'intérieur ou à l'extrémité du bacille coloré en bleu, un ou plusieurs grains qui se colorent en rouge plus ou moins foncé ou en violet. Babes ne se prononce pas nettement sur la signification de ces grains « métachromatiques », tout en inclinant à croire qu'ils jouent un certain rôle pour la production des spores et pour la division des bactéries (3). Steinhaus (de Varsovie) a également étudié la formation de ces grains dans plusieurs bactéries, sans toutefois adopter l'interprétation d'Ernst et leur assimilation aux noyaux des cellules animales ou végétales (1).

On voit que la question de la présence de noyaux dans les bactéries était nettement posée, mais nullement résolue par les recherches que je viens de résumer ; elle entra dans une phase nouvelle et cette fois décisive, grâce au travail fondamental de Bütschli (4).

Les recherches de Bütschli portèrent d'abord sur deux bactéries de grande dimension, appartenant au groupe des sulfuraires, le *Chromatium Okenii* (Winogradsky) et l'*Ophidomonas jenensis* (Ehb.). Le *Chromatium Okenii* (*Fig.* 28) est une sulfuraire colorée en rouge par la présence de la bactério-purpurine de R. Lankaster, de forme légèrement incurvée, mesurant en moyenne 12 à 14 μ de longueur, très mobile, avec un flagellum à une de ses extrémités. Il possède une *membrane d'enveloppe* facile à mettre en évidence, soit par les réactifs coagulants qui font rétracter le contenu de la bactérie,

(1) P. Ernst. — *Ueber Kern und Sporenbildung in Bacterien* (*Ibid.*, 1889, Bd. V, pp. 428-486).
(2) Babes. — *Ueber isolirt färbbare Antheile von Bakterien* (*Ibid.*, 1889, Bd. V, pp. 173-190) ; et *Annales de l'Institut de Bacteriol. de Bucarest*, 1890, p. 144).
(3) Steinhaus. — *Beitrag zur Lehre von den sogenannten sporogenen Kőrnern* (*Biolog. Centralbl.*, 1890, p. 574).
(4) O. Bütschli. — *Ueber den Bau der Bacterien und verwandter Organismen*, Leipzig, in-8° 37 p., 1890.

soit simplement en exerçant une forte pression avec la lamelle à couvrir; on fait ainsi éclater la membrane dont le contenu s'échappe. Cette membrane est relativement épaisse. Le flagellum adhère à la membrane d'enveloppe et n'est par conséquent pas une expansion du corps cellulaire.

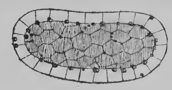


Fig. 28. — Chromatium Okenii (d'après Butschli).

Si l'on fixe le *Chromatiun Okenii* par l'alcool absolu qui dissout en même temps les grains de soufre et la bactério-purpurine, et que l'on colore la préparation par l'hématoxyline de Delafield, on constate que la bactérie n'est pas homogène, mais présente une structure véritable. On y distingue une masse centrale et une couche corticale. La masse centrale se colore en bleu intense, tandis que la couche corticale demeure à peu près incolore. Le même résultat est obtenu, quoique avec moins de netteté, avec le carmin ammoniacal, le carmin d'alun, le violet de gentiane ou le bleu de méthylène et en fixant la préparation par la chaleur au lieu de l'alcool. *Les images ainsi obtenues ressemblent tout à fait à celle d'une cellule ordinaire avec son noyau.*

Le corps central a une structure nettement aréolée; la couche corticale est formée aussi d'une seule rangée d'alvéoles, d'où l'aspect régulièrement cloisonné de cette couche (Voir *Fig.* 28).

Sur les préparations fixées par l'alcool et traitées par l'hématoxyline, on trouve dans le corps central des grains arrondis colorés en rouge-violet par l'hématoxyline qui colore au contraire en bleu le reste de la masse centrale. C'est ce que Bütschli appelle les « grains rouges. » Ils occupent de préférence les points d'intersection des cloisons du réseau central. Ils ne siègent pas toutefois d'une façon exclusive dans la portion centrale, mais se rencontrent aussi, plus clairsemés, et d'une manière erratique, dans la couche corticale. Ces grains sont sans doute identiques à ceux décrits par Ernst dont il a été question plus haut, et qu'il considère comme les homologues des noyaux.

La même structure se retrouve, avec tous ses caractères essentiels, pour l'*Ophidomonas jenensis*, une autre sulfuraire, plus grêle et plus allongée que le Chromatium. Là aussi, par les mêmes procédés de préparation, on met en évidence une membrane d'enveloppe, une couche corticale, une couche centrale fixant plus énergiquement les matières colorantes et contenant des grains spéciaux se colorant en rouge par l'hématoxyline.

On sait quelles étroites analogies morphologiques existent entre les Bactériacées et certaines Algues (Cyanophycées), les Oscillariées en particulier; cette analogie s'étend aussi à leur structure intime. Les cellules qui composent les filaments des oscillariées ont une membrane d'enveloppe, une couche corticale et un corps central qui se colore énergiquement par l'hématoxyline et les autres substances colorantes du noyau; on y trouve également les « grains rouges » caractéristiques que donne l'hématoxyline.

Telles sont les particularités de structure que l'on peut discerner chez les grosses bactéries (sulfuraires) et chez certaines algues (Cyanophycées). Éclairé par ces constatations, Bütschli a essayé de retrouver les mêmes particularités chez les bactéries proprement dites, plus petites, incolores, c'est-à-dire chez les microorganismes qui nous intéressent spécialement. Une bactérie aquatile, ressemblant beaucoup au *Bacterium lineola* de Cohn, soumise aux mêmes préparations que celles dont je viens de parler, a présenté une structure tout à fait comparable à celle des grosses sulfuraires: membrane d'enveloppe, couche corticale faiblement et couche centrale énergiquement colorée par l'hématoxyline, avec présence des mêmes « grains rouges » dans cette portion centrale.

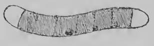


Fig. 29. — Spirillum undula.

La *Fig.*29 est la reproduction, d'après Bütschli, d'une autre bactérie aquatile, *Spirillum undula* (Ehb). Cette bactérie possède très nettement une membrane d'enveloppe. La portion ombrée de la figure représente les parties du corps bacillaire qui se colorent vivement par l'hématoxyline; c'est l'équivalent de la masse centrale des grosses sulfuraires; aux deux extrémités du bacille se trouvent des espaces clairs, qui représentent la couche corticale ou plutôt les vestiges de cette couche.

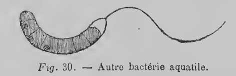


Fig. 30. — Autre bactérie aquatile.

La *Fig.* 30 reproduit une bactérie incurvée en arc de cercle et terminée à une de ses extrémités par un très long flagellum. La couche corticale, claire, est refoulée à un des pôles du bacille, celui où s'insère le flagellum, le reste du corps bacillaire (la portion ombrée de la figure) représentant la masse centrale, énormément prépondérante.



Fig. 31. — Spirochaeta plicatilis.

La *Fig.*31 représente une petite spirille, le *Spirochaeta plicatilis* de Cohn. Contrairement à ce qui s'observe pour la grande majorité des petites bactéries, la coloration par l'hématoxyline permet de déceler, chez cette espèce, une couche corticale, claire, très nette et relativement très volumineuse, la couche centrale, fortement colorée, étant représentée par un long filament rectiligne, axial.

Enfin, chez un grand nombre d'autres bactéries, il est impossible de discerner même les vestiges d'une couche corticale, claire; l'organisme parait réduit au corps central, vivement coloré, et à la membrane d'enveloppe.

Tels sont, en substance, les faits observés par Bütschli; il est maintenant facile de les interpréter. Tout histologiste, à la vue d'une préparation d'Oscillariée ou d'une grande Bactériacée, telle qu'une sulfuraire, déclarera aussitôt que la masse centrale, fortement colorée, représente le noyau et la couche corticale, le protoplasma de la cellule. Zacharias, qui, l'un des premiers, avait signalé chez les Oscillariées une formation qu'il avait considérée comme étant un noyau, est revenu plus

tard sur cette opinion ; il n'avait pas pu constater sur la portion centrale des oscillariées les principales réactions histo-chimiques de la nucléine et d'autre part, lors de la division, on n'y observait aucune modification karyokinétique (1). Mais les réserves faites par Zacharias sont manifestement trop absolues. La multiplication par division directe paraît être la règle pour les oscillariées aussi bien que pour les bactériacées. Bütschli l'a observée et figurée pour le *Chromatium Okénii*, où elle semble s'effectuer d'après un mode qui rappelle un peu la division directe constatée *de visu* par Ranvier sur les leucocytes. D'autre part, l'affinité considérable de la partie centrale pour l'hématoxyline et les couleurs basiques d'aniline, sa résistance à l'action prolongée du suc gastrique artificiel sont bien des caractères propres aux noyaux cellulaires.

Là où le problème devient plus délicat, c'est pour la détermination de la nature des « grains rouges » de Bütschli, de ces granulations arrondies que l'hématoxyline alcaline colore en rouge, alors qu'elle colore le reste du corps central en bleu. Il ne paraît pas douteux que ces « grains rouges » ne soient autre chose que les grains colorés en bleu par Ernst, à l'aide de sa méthode spéciale, et qu'il considérait comme étant les noyaux des bactéries. Pour Bütschli (et son opinion me semble la plus plausible) il s'agit là, non pas de noyaux, mais de grains de chromatine.

Plus les formes bactériennes deviennent petites et se simplifient, plus on voit la portion périphérique de la cellule s'atrophier et la partie centrale devenir prépondérante. On arrive finalement à des formes où il n'est plus possible de reconnaître le protoplasma, la bactérie paraissant exclusivement composée d'un noyau. Toutefois, il faut se demander si, même pour les bactéries les plus simples, il ne persiste pas une couche périphérique extrêmement mince de protoplasma, ne serait-elle représentée que par la membrane d'enveloppe et les prolongements flagelliformes qui sont, comme l'on sait, des dérivés protoplasmiques.

On voit donc dans quel sens doit être désormais modifiée l'idée que l'on se faisait de la constitution des bactéries les plus petites et les plus simples, parmi lesquelles se rangent précisément la plupart des microbes pathogènes. Naguère encore on les considérait, d'après le schéma de Hæckel, comme un simple amas de protoplasma sans noyau ; actuellement on tend au contraire à les envisager comme un amas nucléaire, sans protoplasma ou avec un protoplasma tout à fait atrophié et rudimentaire. Cette manière de voir cadre assez bien avec nos notions nouvelles sur le rôle de plus en plus prépondérant joué par le noyau dans la vie cellulaire ; on conçoit bien mieux que la simplification du type cellulaire s'effectue par la régression et la disparition du plasma que par celles du noyau.

Bütschli fait du reste remarquer que même chez les animaux supérieurs il existe des cellules qui se rapprochent, pour la structure, des bactéries ; ce sont les spermatozoïdes. La bactérie flagellée représentée dans la figure 30 offre assez d'analogie avec certains spermatozoïdes : chez ceux-ci le protoplasma est réduit au filament caudal et à une mince couche entourant le noyau, très volumineux, qui constitue la tête du spermatozoïde.

Les faits que je viens de résumer montrent les efforts tentés pour ramener la structure des bactéries à celle des cellules ordinaires. Je ne puis passer sous silence des recherches faites dans une toute autre direction et qui entraîneraient une conception toute différente et de la cellule et de la bactérie. Ces recherches sont dues à M. Altmann (de Leipzig) qui les a consignées dans une récente et importante monographie (1).

Pour la plupart des histologistes, la cellule est l'unité morphologique par excellence, la forme élémentaire et irréductible de tout ce qui a vie ; elle est représentée, dans sa plus grande simplicité, par une masse amorphe, homogène, semi-liquide, le *sarcode* de Dujardin ou le *protoplasma* de H. von Mohl. Les diverses granulations que les cellules peuvent contenir ne sont, d'après cette conception universellement adoptée jusqu'ici, que des productions surajoutées et contingentes, liées à des actes d'absorption ou de sécrétion accomplis par le protoplasma. Pour Altmann, ce sont précisément ces granulations qui constitueraient les éléments essentiels et fondamentaux de toute cellule. Les cellules pour lui « ne sont pas des organismes élémentaires, mais des colonies de ces organismes groupés selon certaines règles de colonisation. » Les granulations existant dans le protoplasma aussi bien que dans le noyau, ce seraient là les unités morphologiques de la matière vivante. Ces granulations élémentaires, l'auteur les identifie avec les microbes, dont les rapprocheraient leur forme, leurs réactions histo-chimiques et les actes moteurs et sécrétoires qu'elles accomplissent.

Nous assistons là, on le voit, à un retour direct à la doctrine bien connue de Béchamp qui regarde tous les tissus et toutes les cellules comme étant constitués par des granulations moléculaires, organisées, vivantes, par des Microzymas. Dans la pensée de Béchamp, ces microzymas pourraient continuer à vivre et à exercer leur activité chimique ou physiologique même après la mort et la destruction de la cellule qu'ils constituent par leur agrégat; ils pourraient de même se grouper à nouveau et former ainsi, de toute pièce, une cellule nouvelle. Altmann ne va pas aussi loin. Cette conception de la cellule, considérée comme un agrégat de microbes, il ne la propose qu'en se plaçant au point de vue phylogénétique. « Nous ne voyons plus aujourd'hui, dit-il, les cellules se former par l'agglomération de granulations élémentaires ; elles se sont constituées de cette façon à travers les périodes d'évolution historique, périodes que les éléments microscopiques ont parcourues aussi bien que les grandes formes des êtres vivants. Les granulations élémentaires des cellules, qui reconnaissent encore comme leurs représentants actuels les microbes, ne sont plus susceptibles, comme ceux-ci, de vivre à l'état d'êtres isolés et indépendants. »

Il importe de distinguer, dans le travail d'Altmann, les faits observés par lui et les conclusions qu'il tire de ces faits. Grâce à une technique spéciale et bien appropriée, cet anatomiste a mis en évidence et a illustré par de fort belles planches la structure granuleuse d'un grand nombre de cellules animales (cellules pigmentaires, cellules épithéliales du rein, cellules du foie, des glandes, des fibres musculaires striées, de la fibre nerveuse). Ce sont là des données histologiques intéressantes qui viennent s'ajouter à celles que nous avaient déjà révélées, dans cette direction, les travaux de Heidenhain, de Kupffer, de Ranvier, etc. Signalons surtout l'étude faite par Altmann des modifications présentées par les granulations des cellules glandu-

(1) Zacharias. — *Ueber die Zellen der Cyanophyceen* (*Berichte der deutsch. botan. Gesellsch.*, 1889, p. 31-34).

(1) R. Altmann. — *Die Elementarorganismen und ihre Beziehungen zu den Zellen*. Leipzig, 1890, avec 21 planches.

laires (glandes salivaires, pancréas, glande mammaire), selon que ces glandes sont examinées à l'état de repos ou épuisées par l'acte sécrétoire, étude qui vient également compléter, d'une façon heureuse, celles de Heidenhain, de Gianuzzi, de Ranvier, de Renaut. A tous ces points de vue, ces recherches sont particulièrement instructives.

En revanche, la conception générale de la cellule, telle qu'elle est formulée par Altmann, paraîtra singulièrement hasardée. Pour établir que la cellule est formée par une colonie de corpuscules élémentaires vivants, comparables aux microbes, il faut d'autres preuves, pensons-nous, que celles tirées de l'aspect de préparations, rappelant en effet, parfois à s'y méprendre, soit des amas de micrococcus, soit des groupes de bactéries, et dont une image bien familière à tous les histologistes nous est fournie depuis longtemps par les « Mastzellen » d'Ehrlich. Il faut d'autres preuves aussi que certaines réactions chimiques, que l'affinité plus ou moins forte pour telle ou telle matière colorante.

Pour déclarer que ces « granulations élémentaires » sont vivantes, à la façon des microbes, il faut montrer que, la cellule une fois détachée du corps de l'animal et désagrégée, la vie persiste dans ses prétendus éléments constitutifs, dans ses granulations, et qu'elle se manifeste par la continuation, partielle du moins, des activités chimiques et physiologiques développées par la cellule vivante. Or, cette preuve, la seule décisive, n'a jamais pu être faite, et ni les considérations histologiques ni les hypothèses phylogénétiques les plus ingénieuses ne la remplaceront.

— Si l'on se reporte aux *Archives de physiologie normale et pathologique* de l'année 1882, on y trouve déjà, dans un mémoire de M. H. Martin (1), toute la substance du livre de M. Altmann. Les mêmes vues y sont émises sur la structure intime des cellules et sur le rôle des granulations étudiées dans les cellules du rein, du foie, du pancréas, des glandes sudoripares, des canaux galactophores, de la fibre musculaire striée. H. Martin conclut en ces termes : « Ne connaissons-« nous pas des cellules douées absolument des mêmes « propriétés optiques, etc., que les granulations proto-« plasmiques propres aux cellules du règne animal : « nous faisons allusion ici, on le comprend, à l'immense « groupe des MICROCOCCUS..... En un mot, les faits « abondent pour nous encourager à penser, ainsi que « Béchamp l'affirme depuis si longtemps déjà, que la « granulation protéique du protoplasma est peut-être un « élément vivant, une cellule dont la vie et la fonction « régulariseraient et spécifieraient, dans un sens physio-« logique déterminé, l'être complexe que nous désignons « encore sous le nom de cellule simple ou primitive. »

Ce mémoire de M. H. Martin, dont il n'est fait aucune mention dans l'ouvrage de M. Altmann, n'a guère trouvé de crédit. Il est douteux que M. Altmann, qui réédite la même hypothèse avec des arguments du même ordre, soit plus heureux dans son entreprise.

(1) H. Martin.— *Recherches sur la structure de la fibre musculaire striée et sur les analogies de structure et de fonctions entre le tissu musculaire et les cellules à bâtonnets (protoplasma strié).* (*Arch. de Phys.*, 1882, t. II, p. 465-510, avec une planche).

RÉCOMPENSES. — La Société d'encouragement au bien a décerné une couronne civique à M. le Dr Nachtel (Ambulances urbaines de Paris) et une médaille d'or au Sanatorium d'Arcachon et à M. le Dr Blanche (de Paris).

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT.**

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes (1).

Du somnambulisme hystérique (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme) (*Suite*) ;

Par Georges GUINON, chef de clinique à la Salpêtrière.

Une des caractéristiques du délire du somnambulisme hystérique est une certaine mobilité dépendant de la succession et de l'enchevêtrement des hallucinations visuelles qui en forment le fond. Mais tout mobile qu'il est, ce délire présente cependant une certaine fixité, en ce sens qu'il est toujours le même chez le même individu. Les hallucinations peuvent être assez variées chez un même malade, leur nombre peut s'augmenter quand la période somnambulique s'allonge, mais elles forment une sorte de fond pour ainsi dire immuable. Si le malade répond, ce qui n'est pas dans la règle, et à ce point de vue le jeune Letell... est une exception sinon rarissime, du moins peu fréquente, il ne répond guère, en général, que dans les limites plus ou moins étroites de son délire, quand on entre avec lui dans ses conceptions délirantes du moment, ou qu'on lui rappelle par la parole une de ses hallucinations habituelles. Mais, en tous cas, on ne crée rien, on ne peut rien lui suggérer de nouveau par ce moyen.

Il est cependant possible d'influencer le délire des somnambules hystériques. Déjà M. Mesnet, chez son second malade, avait constaté qu'à cet égard il n'était point indépendant des influences extérieures. « On peut l'influencer, écrit cet auteur, changer son rêve, lui donner une autre direction ; on peut, en piquant légèrement la peau avec une épingle, lui faire rêver duel ; on peut, en éclairant sa chambre, lui faire rêver flamme, incendie ; l'action cérébrale provoquée chez lui est toujours en rapport avec le sens sur lequel l'excitation aura été portée. » Ces quelques lignes contiennent en germe tous les détails des recherches que nous avons entreprises à ce sujet dans le somnambulisme hystérique (2). C'est, en effet, par les sens et, ce qui n'avait pas été remarqué, par des impressions sensorielles simples seulement, que l'on peut arriver à changer le délire des hystériques et à lui imprimer une direction dont on n'est pas absolument maître, à vrai dire, en même temps qu'à y ajouter des tableaux nouveaux.

M. Pitres (de Bordeaux) signale, il est vrai, la possibilité de donner des suggestions dans la phase passionnelle de l'attaque d'hystérie, mais sans insister sur les caractères spéciaux de ces suggestions (3). De plus, la malade dont l'observation l'a conduit à faire ces recherches présentait dans son attaque une immixtion de manifestations hypnotiques, telles que la catalepsie, ce qui rend le cas moins net et le classe dans les cas de transition que nous nous proposons d'étudier ultérieurement. Enfin M. le professeur Charcot, faisant allusion à ce cas de M. Pitres, affirme que le fait n'est point très rare dans la phase des attitudes passionnelles de l'attaque (4).

Mais toutes les recherches faites jusqu'aujourd'hui dans cet ordre d'idées, ne reposaient que sur des faits isolés et n'avaient point été dirigées méthodiquement. Les choses en étaient à ce point lorsque M. le docteur Motchoutkowsky (d'Odessa) eut l'idée d'impressionner les sens

(1) Voir *Progrès médical*, 1891, n° 20 et 21.
(2) Georges Guinon et Sophie Woltke. — *De l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique.* Pour paraître dans les *Arch. de Neurol.*, 1891.
(3) Pitres. — *Des zones hystérogènes et hypnogènes ; des attaques de sommeil.* Bordeaux 1885.
(4) Charcot. — *Leçons du Mardi,* t. II, p. 326.

dans la phase des attitudes passionnelles, et s'aperçut que par ce procédé il pouvait influencer le délire du sujet, le diriger jusqu'à un certain point et y ajouter des tableaux.

Nous avons publié dans un travail antérieur (1) les résultats des recherches de M. Motchouthowsky et de celles que nous avons entreprises avec le Dr Sophie Woltke (d'Odessa). Nous ne rappellerons que pour mémoire l'observation du médecin d'Odessa, parce que le malade ne parlant pas quand il était sous l'empire de ses hallucinations, son délire qui se passait au dedans de lui-même, n'était saisissable que par des gestes ou des expressions de physionomie. Mais elle n'en est pas moins intéressante en ce qu'elle montre bien l'influence des excitations des organes des sens sur la direction des hallucinations de la phase passionnelle.

Il s'agissait d'un nommé Constant ***, âgé de 57 ans, soldat libéré. Cet homme était atteint d'accidents hystériques avérés et portait les stigmates permanents les plus nets : anesthésie, etc. En outre il avait des attaques et une sorte de paraplégie par contracture.

Les attaques, qui, au début du séjour à l'hôpital, n'étaient caractérisées que par des convulsions, s'accompagnèrent plus tard d'une phase d'attitudes passionnelles typiques, pendant laquelle il délirait, mimait des scènes de la vie militaire, voyait son père mort, etc. Au réveil il ne se souvenait absolument de rien.

Or, on s'aperçut que pendant cette phase passionnelle, le malade étant en proie à telle ou telle hallucination, il suffisait de lui mettre devant les yeux un verre coloré, sous les narines un corps odorant, sur la langue une substance sapide, pour changer brusquement ses jeux de physionomie et lui donner des hallucinations assez fortes et persistantes. On remarqua aussi que chez cet homme, ouvrier grossier, sans instruction ni éducation, c'étaient les excitations sensorielles les plus simples qui donnaient lieu aux hallucinations les plus vives et les plus persistantes. Le contact d'eau chaude ou d'eau froide avec la peau lui donnait des idées d'ablutions ou de bain froid. Il se mettait alors à mimer une scène tout entière, se lavant, se frottant, s'essuyant s'il s'agissait d'eau chaude, s'ébattant dans l'eau à la nage s'il s'agissait d'eau froide.

De plus les idées délirantes qu'on lui donnait correspondaient toujours soit à des actes habituels et très simples de la vie : se baigner, boire, manger, soit à des souvenirs de la vie militaire : l'exercice du fusil ou du sabre, les factions, le salut militaire, etc. Enfin, elles présentaient ce caractère particulier d'être jusqu'à un certain point indépendantes de la volonté de l'opérateur, le malade partant à sa guise sur une impression sensorielle quelconque qu'il arrangeait à sa façon, suivant l'hallucination qu'elle développait dans son cerveau. En dehors de son délire il était absolument insensible à ce qui se passait autour de lui.

Malheureusement, pendant qu'il était en proie à ces conceptions délirantes provoquées, le malade ne parlait pas. Comme il présentait d'autre part, à ce moment, un certain degré de sensibilité aux suggestions ordinaires, celles que l'on rencontre dans la phase somnambulique du grand hypnotisme, on lui ordonna de raconter ultérieurement dans une autre attaque les tableaux qui s'étaient déroulés devant ses yeux et les scènes auxquelles il avait pris part. Il obéit en effet, et dans les récits qu'il fit on retrouva assez exactement l'explication des jeux de physionomie et des gestes qu'il avait exécutés.

* *
*

Cette observation, bien qu'un peu imparfaite en ce sens que le malade ne traduisait pas ses conceptions délirantes par la parole, montrait assez nettement l'influence des excitations des organes des sens sur les hallucinations de la phase passionnelle de l'attaque hystérique. Dans la suite

(1) Georges Guinon et Sophie Woltke, *loc. cit.*

M. le Pr Charcot, mettant à profit l'idée apportée par les Docteurs Motchoutkowsky et Sophie Woltke, l'applique à ses malades, au cours de l'étude approfondie qu'il fit du délire hystérique et de ses diverses modalités pendant l'année 1890. Ses idées sur ce sujet furent exposées par lui dans plusieurs leçons cliniques de cette même année. C'est en nous inspirant de ces leçons et de tout l'enseignement de notre maître éminent que nous avons écrit le présent travail.

Laissant de côté les observations de M. Mesnet, que nous avons rapportées brièvement, nous réservant d'y revenir dans la suite à propos de quelques-uns de nos malades, nous avons vu jusqu'ici le délire hystérique de la phase passionnelle se manifester sous forme d'épisode d'une durée relativement courte, bien que prédominant notablement sur les autres phases de l'attaque. Nous l'allons voir maintenant prendre un développement beaucoup plus considérable et s'installer à l'état continu pendant des jours entiers, sans laisser place un seul instant au retour de l'état normal. Ce fait s'est produit à plusieurs reprises chez une de nos malades.

La nommée Sch...er, Pauline, âgée de 24 ans, entrée le 24 janvier 1888 à la Salpêtrière, dans le service de clinique des maladies du système nerveux (1).

Antécédents héréditaires. — Son *père*, âgé de 52 ans, journalier à Saint-Denis, jouit d'une bonne santé, mais il est vif, coléreux et emporté. (La mère du père, morte à 84 ans, était aussi vive et nerveuse ; elle a peut-être eu, d'après les renseignements qui nous ont été fournis, des attaques d'hystérie. Un frère du père est mort à 51 ans, en 1882, d'une hernie étranglée. Une sœur est morte sans que nous ayons pu savoir de quelle maladie. Deux autres frères sont bien portants. L'un d'eux a des enfants également bien portants, toutefois l'une de ses filles, âgée de 28 ans, boite depuis l'âge de 10 ans ; elle paraît avoir eu une coxalgie).

Sa *mère* est morte à 35 ans, de suites de couches. Elle était un peu nerveuse et s'impatientait facilement. (Le père de la mère est mort jeune. La mère est morte à 71 ans, d'une attaque d'apoplexie. Une sœur de la mère, âgée de 40 ans, est très nerveuse. Une autre sœur est morte de la poitrine).

La malade est la 3e de 5 enfants, toutes filles ; l'aînée a 24 ans, la plus jeune, 13 ans. La seconde, âgée de 23 ans, est nerveuse et sujette à des hallucinations (il y a quelques mois, elle voyait des lumières, avait des étourdissements, et manifestait une grande crainte de tomber malade, comme sa sœur). L'avant-dernière, 16 ans, a été soignée dans le service, dans le courant de l'année 1888, pour une déformation congénitale du pied (pied plat) accompagnée de contracture avec anesthésie locale correspondante (contracture hystérique). Elle a eu des convulsions dans son enfance (2).

Antécédents personnels. — La malade est née à Saint-Denis, où son père habite depuis 35 ans. Elle a marché et parlé de bonne heure ; n'a pas eu de convulsions. Elle se montrait déjà nerveuse dans son enfance, et quand on la contrariait, elle avait de violentes colères. Les règles ont apparu pour la première fois à 13 ans et ont été régulières jusqu'en 1887.

Depuis la mort de sa mère (elle avait alors 10 ans), elle a eu assez souvent des hallucinations. Il lui arrivait parfois de voir une main jaune (celle de sa mère sur son lit de mort) qui s'avançait vers elle, la tirait par derrière, ou se posait sur son épaule droite. La nuit elle avait souvent aussi des cauchemars, rêvait de sa mère, la croyait couchée avec elle dans son lit, etc.

Placée en apprentissage chez une couturière, de 14 à 16 ans, elle n'a pas continué ce métier, parce que, dit-elle, elle n'aimait pas à rester assise toute la journée, et aussi parce qu'elle

(1) Toute cette première partie de l'observation de Sch...er nous a été obligeamment communiquée par M. Huet, qui l'a recueillie en 1888, alors qu'il était interne de la clinique de M. Charcot. Nous lui adressons nos meilleurs remerciements.

(2) A ces renseignements, qui datent de 1888, nous pouvons ajouter celui-ci, à savoir que, de 1889 à 1891, nous avons soigné à la Salpêtrière trois des sœurs de Sch...er, pour des accidents d'hystérie manifeste.

voulait quitter la maison paternelle, où elle ne s'accordait pas avec sa belle-mère. C'est pourquoi elle s'est placée comme femme de chambre ; elle est restée 2 ans dans la même place, jusqu'au moment où elle est tombée malade et a dû entrer à l'hôpital.

En novembre 1886, Sch...er eut une première grande attaque hystéro-épileptique (perte de connaissance, chute, convulsions) qui dura environ 1/4 d'heure. Dans les premiers jours de janvier 1887, seconde attaque semblable à la précédente. Puis, quelques jours après, elle essaya de s'empoisonner en avalant un flacon de teinture de noix vomique, mais elle eut bientôt des vomissements et le poison ne fut pas absorbé. Environ une heure après (vers 10 heures du soir) elle fut prise d'une attaque de délire qui dura toute la nuit. Elle avait des hallucinations, et voyait, entre autres choses, un homme noir qui s'avançait vers elle, la menaçait, et elle ne pouvait réussir à le repousser. Elle-même se montrait violente, essayait de frapper les personnes qui la maintenaient, et les menaçait de les tuer.

Le lendemain elle fut prise de mouvements choréiques qui s'étendaient aux 2 côtés du corps et durèrent toute la journée. La nuit, elle fut reprise de son délire, puis le lendemain la chorée reparut. Au bout de 3 à 4 jours, les mouvements choréiques se cantonnèrent sur le côté droit.

Quelque temps après (février 1887), la malade entrait pour la première fois à la Salpêtrière. A ce moment, elle avait de l'hémichorée rythmée permanente du côté droit. Quelques jours après son entrée cette hémichorée cessait d'être permanente et ne revenait plus que par accès.

Elle resta dans le service de la clinique jusqu'au mois de juillet 1887. A cette époque, elle était assez améliorée pour pouvoir retourner chez son père, et pour se remettre quelque temps après (août 1887) à son service de femme de chambre. Mais, chez ses maîtres, elle fut reprise bientôt de nouveaux accès d'hémichorée rythmée, entremêlés parfois d'attaques hystéro-épileptiques. En janvier 1888, ses accès de chorée augmentant de fréquence, se reproduisant plusieurs fois par semaine, et par moments plusieurs fois par jour, elle entra pour la seconde fois à la Salpêtrière.

Depuis cette époque elle a continué à avoir assez fréquemment, et à intervalles irréguliers, des attaques hystéro-épileptiques et plus fréquemment encore des attaques d'hémichorée rythmée. Celles-ci reviennent spontanément ou peuvent être provoquées par l'excitation d'un point spasmogène situé sur le sommet de la tête ; elles sont arrêtées par la compression de la région ovarienne droite. La malade présente en outre des stigmates hystériques permanents.

A 3 reprises différentes : en juin, en août 1888 et en janvier 1889 elle eut des attaques de délire qui se prolongèrent plusieurs jours.

Le mercredi matin, 13 juin, à la suite d'une attaque de chorée, Sch...er a été prise d'un délire qui s'est prolongé jusqu'au jeudi de la semaine suivante (21 juin et a cessé après une nouvelle attaque de chorée rythmée. Pendant tout ce temps la malade assiste ou prend part à des scènes extrêmement variées, changeant d'un moment à l'autre, quelquefois gaies, le plus souvent terrifiantes. Elle raconte à haute voix les scènes qui se déroulent devant elle, et auxquelles elle participe comme principale actrice ; mais ses réactions motrices sont loin de répondre au tragique de ces scènes. Le plus souvent elle se contente de fuir d'un côté à l'autre de la pièce où elle se trouve, ou bien elle s'enfuit dans la cour, erre d'une place à l'autre, rentre dans la salle, etc. Il est facile de la maintenir et de la faire aller où l'on désire, quoiqu'elle paraisse complètement étrangère au milieu où elle est et qu'elle ne reconnaisse pas les personnes qui l'entourent. Sa mimique est peu variée et l'expression de sa physionomie change peu ; qu'elle raconte une scène gaie ou une scène terrifiante, ses traits sont tirés et expriment l hébétude ou la tristesse.

Pendant tout le temps qu'a duré son délire, elle n'a pris aucun repas régulier ; par moments on peut lui faire accepter des aliments liquides (lait, bouillon, bière, etc.), mais le plus souvent elle les repousse, et on doit profiter des instants où, dans son délire, elle demande du poison, pour lui faire absorber quelque boisson. La nuit on doit la veiller pour la maintenir au lit ou pour l'y faire rentrer si elle vient à se lever pendant une scène délirante.

A d'assez longs intervalles, elle est prise de mouvements choréiques analogues à ceux qu'elle présente dans son état normal, mais ces mouvements choréiques durent peu et ne présentent pas l'intensité ni l'étendue de ceux qu'elle a dans ses attaques ordinaires de chorée rythmée. Les régions spasmogènes et spasmo-frénatrices qu'elle présente dans son état habituel restent insensibles dans son état de délire ; ainsi la pression du sommet de la tête, qui, à l'état normal, provoque une attaque de chorée rythmée, ne produit rien pendant son état de délire ; il en est de même pour la compression de la région ovarienne droite, qui, dans l'état ordinaire, arrête ses attaques d'hystéro-épilepsie, ou ses attaques de chorée.

Pendant tout le temps qu'a duré son délire, nous avons chargé une des personnes qui la gardait de recueillir par écrit ce qu'elle racontait. Voici un aperçu de ce que disait la malade pendant les 8 jours qu'a duré son attaque délirante, et des principales scènes auxquelles elle assistait.

« Va-t-en, petit oiseau. Je ne veux pas que tu montes comme cela sur mon épaule. Tu me fais mal avec ton gros bec. Tu me piques les yeux. Oh ! là, là ! Oh ! là, là !

..... Oh ! tous ces hommes rouges. Ils veulent me tuer. Ils me suivent toujours. Ils sont couverts de sang. Ils me poursuivent, ils s'avancent. Oh ! non, ne me tuez pas, je vous en supplie. Grâce ! grâce ! Oh ! je vais donc mourir ? Otez-moi ce couteau qui me perce la poitrine. Au secours, au secours ! Ah ! ils s'en vont. Alexis, retire-moi ce poignard qu'ils m'ont mis. Ah ! cela va mieux, soigne-moi bien. Je ne veux pas mourir.

..... Je ne veux pas que vous me chatouilliez comme cela. Non, non, je suis trop chatouilleuse sous les bras (elle rit aux éclats pendant près de 5 minutes).

..... Au feu ! Au feu ! Voilà toute la maison qui brûle. Mon Dieu ! Comment faire ? Je suis entourée de flammes Non, je ne veux pas mourir ainsi. Je suis trop jeune encore. Voyons, un peu de courage. Je vais traverser les flammes. Oh ! voilà que j'ai le feu à mes jupons. Oh ! mes jambes qui commencent à rôtir. Ah ! voilà un petit espace, vite, courons, courons (elle se met à courir). Mais j'ai toujours le feu à mes jupons. Je vais donc mourir tout de même. Ah ! quelle souffrance de mourir brûlée. Ah ! je meurs, je meurs. Adieu, adieu, mes parents, mes amis, vous ne me reverrez plus jamais. Je meurs à 20 ans. C'est trop jeune, et j'ai beaucoup souffert. (Elle balance la tête et les bras, puis elle reste immobile et inerte pendant quelques minutes).....

..... Oh ! tous ces cafards, toutes ces sales bêtes. Des araignées. Oh ! ils courent après moi. En voilà un qui me monte sur les jambes ; il grimpe, il grimpe après ma cuisse. Ah ! je la tiens. Tiens, sale bête, te voilà écrasée (elle fait le geste d'écraser un insecte sur sa cuisse)..... Mais, j'ai encore un cafard après mon cou. Ah ! ah ! il vient d'entrer dans mon oreille. Vite, vite, un petit bâton pour le tuer. Oh ! il me chatouille dans la tête, il me ronge le cerveau, il mange mon cerveau. Ah ! qu'il me fait mal, mon Dieu ! mon Dieu ! (elle secoue la tête et se frappe le crâne avec les mains).

..... Je veux boire pour m'empoisonner. (On profite de ce moment pour lui donner un peu de bouillon. Elle le boit avidement en disant : « Je ne souffrirai plus maintenant. » Mais au bout de quelques instants elle pousse de grands cris) : « Oh ! que ça me brûle dans l'estomac, que je souffre. Vite, vite, un contre-poison. Je ne peux plus endurer une telle souffrance. Vite, vite. Ah ! que ce poison était mauvais, mais pas assez violent, car je souffre trop longtemps. » (Elle crie très fort et s'agite beaucoup.....).

..... Tiens, ce gros serpent. Il est bien gros, Alexis. Il me fait peur. Prends ton sabre pour lui couper la tête et la queue. Dépêche-toi. Il s'avance vers moi. Vite, donc. Le voilà, le voilà. Ah ! il m'attrape, il s'enroule autour de moi, il me serre, il m'étrangle. Ah ! qu'il est fort. Je ne peux plus respirer maintenant. (Elle devient toute rouge et est prise de suffocations.) Je meurs, Alexis, sauve-moi. Cette sale bête me serre trop fort. Mais tu en as donc peur. Ah ! vite, donne-lui un coup de sabre. C'est ça. Fais donc attention, tu vas me blesser. Ah ! tu m'as coupé la main. Que tu es maladroit ! Va chercher le médecin ; tout le

sang coule. Dépêche-toi. Cours. Tout mon sang s'en va. Je vais me trouver mal! Ah! je suis épuisée (elle reste pendant un moment immobile, inanimée). Ah! ma main va un peu mieux. Pourquoi est-elle entortillée, si serrée? Desserrez-là.

..... Je suis habillée tout en rouge. J'aime bien cette couleur là, moi. Si ça ne vous plaît pas, tant pis. Moi, j'aime ça. Je suis belle (elle marche en se redressant, tout à coup elle se retourne): Dites donc, vous, espèce de serin, faites attention à qui vous parlez, je suis comme il faut et je n'écouterai pas toutes vos bêtises. Vous dites que vous m'aimez, mais ce n'est pas. Ne me suivez pas, vous savez, car si Alexis arrive, vous verrez ça, imbécile. Tiens! le voilà justement. Dépêche-toi, Alexis, tape dessus, il ne recommencera plus. Maintenant allons-nous-en (elle marche comme si elle donnait le bras à quelqu'un).

..... Hé, Madame, on voit vos mollets avec votre robe courte. Oh! quelle caricature vous faites. C'est bon pour les enfants de mettre des robes si courtes. Ah! que c'est amusant de voir de gros mollets comme cela quand vous marchez (elle rit aux éclats).....

..... Oh! ce gros hibou, ces yeux de chat qu'il a. Il me fait peur. Tue-le donc, Alexis.....

..... Oh! ce cheval emballé, il vient sur moi; il me renverse; je suis écrasée. Je sens que mon ventre est percé, mes intestins sortent, que je souffre (elle se livre à des contorsions en criant: mon Dieu, mon ventre!).....

..... Regardez donc la belle bague qu'Alexis m'a donnée. Est-elle jolie? hein! Et c'est un diamant. Voyez donc comme il brille. Oh! il me fait mal aux yeux; je vais le cacher, car les hommes rouges pourraient me le voler.....

..... Oh! le beau coq. Comme il relève sa queue, quand il marche. Oh! qu'il est beau. Il a les pattes rouges et les ailes. Tiens, il saigne. Cette pauvre petite bête; il est blessé. C'est au moins encore les hommes rouges qui l'ont tué.....

..... Mon petit chéri, je t'aime bien, mon ange adoré, mon petit Paul. Coucou, Alexis, coucou! Cache-toi, Paul; il ne te verra pas. Je ne t'aime plus, Alexis. J'aime mieux Paul. Tu ne me crois pas; tu as raison, va! je t'aime mieux que lui. C'était pour te taquiner.....

..... Tiens, les soldats qui vont à la guerre. Mais il va donc y avoir la guerre? Oh! les beaux soldats, ils sont tous de la même grandeur. Je ne reconnais plus Alexis dans toute cette bande de soldats. Ah! si, le voilà. Il m'a bien reconnue, lui; il me fait signe avec son mouchoir. Tiens, mon chéri, je t'aime (elle envoie un baiser), tu viendras dimanche prochain. Oui. Que tu es gentil. Je t'attends. Ah! les hommes rouges qui passent. Courons, courons. Ah! ils ne m'ont pas attrapée cette fois-ci.....

..... Le diable avec ses cornes qui passe. Ah! qu'il est vilain; il est tout bossu. Il louche comme un hibou. Ah! comme il est rouge; qu'il est laid, mon Dieu, mon Dieu, que j'ai peur!..... (Elle chante plusieurs chansons, en battant la mesure, puis elle a des mouvements choréiques dans les bras et les jambes.)

..... Mais c'est une inondation. En voilà-t-il de l'eau? Mais, comment faire pour marcher? il faudrait un bateau. L'eau qui me monte déjà jusqu'aux genoux. Ah! qu'elle est froide, cette eau. Alexis, viens donc à mon secours. Porte-moi dans le petit bateau. Je ne veux pas rester ici; je pourrais bien me noyer. J'ai de l'eau jusqu'à la taille....., je vais attraper du mal. Au secours! au secours! Tiens, les hommes rouges qui arrivent, et je ne peux pas me sauver, l'eau me gêne pour courir. Eux aussi vont se noyer. Ah! mets-moi dans le bateau, Alexis, je sens que je vais mourir....

..... Alexis, tu me permets de danser avec ce Monsieur-là, il danse si bien. Allons, en avant deux (elle danse le quadrille). Merci, Monsieur. Maintenant, je vais faire la valse avec toi, Alexis (elle valse). Ah! tu vas trop vite. C'est ça. Oh! que j'aime bien cette musique, qu'elle est belle.....

..... Puis elle tombe et se figure être dans un puits. On la relève, mais elle boite comme si elle s'était blessée à la jambe dans sa chute au fond du puits..... puis elle saute, comme si elle sautait à la corde, en disant: « Tiens, tu vois que je saute mieux que toi. »..... Elle se promène..... puis elle se baisse comme pour attraper un oiseau. « Oh! qu'il est gentil, comme il chante bien », puis elle fait le geste de chasser cet oiseau.

..... Je serais si heureux s'il m'aimait. J'aime mieux Paul qu'Alexis, il est plus gentil (elle envoie deux baisers)..... Oh! mon Dieu, cette bête qui veut me manger, mon Dieu j'ai peur (puis elle se jette à genoux en criant: « Otez-moi, ôtez-moi cette bête).....

..... Puis elle dit qu'elle veut s'empoisonner, qu'elle ne veut plus vivre.....

..... Oh! ce joli perroquet. Il a un gros bec.....

..... Si vous voulez me promener en voiture. Allons, cocher, arrêtez. Il fait beau, aujourd'hui, nous allons au bois de Boulogne. Sont-ils beaux tous ces chevaux! Regarde, Paul (puis elle parle bas pendant quelque temps).....

..... Oh! me voilà dans le puits, je tombe (elle se laisse tomber par terre, puis se relève et saute, disant qu'elle traverse la rivière)..... Bonjour, M. Louis. Je viens de la part de maman vous souhaiter le bonjour. Vous venez des bains de mer. Ça va mieux.....

..... Oh! voilà les hommes rouges qui viennent à moi. Au secours. Ils vont me tuer. Mon sang coule; je vais mourir; je meurs. Un instant après elle dit qu'elle veut s'empoisonner. On profite de ce moment pour lui faire prendre du lait et la scène décrite plus haut se renouvelle.

..... Oh! les voilà qui se battent, mon Dieu! avec des fusils. Tiens, il ressemble à mon père. Mon Dieu, c'est la guerre. Ils vont se tuer, les voilà qui vont mourir. Pourquoi les laissez-vous faire? ils vont se blesser, se tuer, mon Dieu, j'ai grand peur..... Oh! tous ces hommes là-bas.....

..... Combien de fois faut-il que je te le dise? je te dis que je les ai tous sous les pieds. Je n'aime que toi, tu es la meilleure..... Regarde ce chien, cette pauvre bête, comme elle a la tête baissée et la queue entro les jambes. On dit, quand ils ont comme cela la queue entre les jambes, qu'ils sont enragés.....

..... Cette femme.là est peut-être sa maîtresse. Mais, non, l'homme est mort, c'est vrai. Moi, j'ai beaucoup de peines, beaucoup de chagrins. Tiens, Joséphine, qui t'a donné ces beaux brillants? Oh! tu en as, de l'argent. Tu me les donnes? Je t'en remercie. Je m'en ferai faire des bagues et des boucles d'oreilles; tu verras, cela m'ira bien. Oh! comme je serai belle, et avec cela je voudrais une robe toute rouge, des bas rouges, un chapeau rouge, tout rouge; j'aime beaucoup le rouge, moi.

..... Je suis au milieu de mon jardin, tu sais, il est splendide. Je ne sais où il y en a un pareil; on irait bien loin, regarde donc, rempli de fruits. Tiens, vois plus loin, les belles roses; en veux-tu une? toi, je te permets d'en prendre. C'est à toi comme à moi, n'est-ce pas, mon ange chéri?.....

..... Ah! ça, mais, est-ce qu'elle ne va pas revenir? Vite, bien vite un chapeau et un manteau. Nous allons prendre le chemin de fer pour aller à Saint-Germain. Que voulez-vous que je vous dise, mon amour? Eh! mon vieux, relève-toi donc, où as-tu mal? Tu souffres, dis, mon cher Paul. Mais ce n'est pas étonnant; mais tu brûles; mais, oui, bien sûr, tu brûles. Moi aussi, je veux brûler avec toi, mon ange, tiens (elle fait un mouvement, comme si elle se jetait dans les bras de quelqu'un). Tiens-moi bien dans tes bras, mon Paul chéri. Nous allons mourir ensemble. Oh! que je suis heureux, tu ne peux pas croire. Oh! que je suis contente, mon ange, mon Paul, barbichon sacré de mon cœur. Paul, viens vite. Toi, tu peux t'en aller, Alexis, je ne t'aime plus. Je n'aimerai jamais d'autre que Paul. Je vais demeurer dans la forêt; je serai bien tranquille, toute seule, au milieu des bêtes. Pourquoi dire que tu ne m'as pas répondu, dis? Pour toi seul, à toi, ma vie entière; tu n'es pas beau, mais je t'aime tout de même. Tu serais laid comme un singe que je t'aimerais tout de même. C'est vrai, je ne peux plus le voir; Alexis, je te le dis franchement; jamais, ce n'est pas vrai, j'en avais l'air peut-être, mais je ne t'ai jamais aimé. Hier, on m'a dit que tu étais malade; j'avais peur que tu meures; mais, tu sais, cela n'empêche pas de t'aimer, mais pour me marier, non, jamais; tu sais je ne suis pas une tête à ça.....

..... Je vous dis que mon père n'est pas rouge; il n'a pas de robe rouge, non plus. Comme cela fait drôle de voir tout rouge. Les arbres comme ils tournent, et, moi aussi, je tourne; voilà que je ne tiens plus debout (elle tombe, puis se relève en criant: « Au feu, au feu, voilà que tout brûle; mes cheveux, les voilà qui prennent feu. Au secours!).....

..... Tiens, j'ai envie de faire une partie de pêche, tu sais,

*

comme l'autre jour..... Oh! ne me chatouille pas comme ça, tu me fais trop rire (elle rit aux éclats). Laisse-moi, je t'en prie, tu me taquines toujours. Sont-ils bêtes, tous? C'est ça, ils croient qu'ils me font peur; mais pas du tout; je ne veux pas que vous me fassiez mal. Sont-ils drôles? tous ces hommes là. Oh! que je suis malade, j'ai mal à la tête.....

Le jeudi 21 juin, dans l'après-midi, elle est prise d'une attaque de chorée qui dure 1 heure, après quoi elle reprend peu à peu conscience. Le soir elle reconnaissait bien tout le monde et causait sagement. Mais elle se plaint de violentes crampes d'estomac. Elle ne se rappelle rien de ce qui s'est passé On lui dit qu'elle a été malade, elle ne le croit pas. Le soir, au dîner, elle a peu mangé; elle se disait très fatiguée et voulait se coucher. La nuit elle a très bien dormi, et, le lendemain, il ne restait d'autre trace de l'attaque, par laquelle elle venait de passer, qu'un peu de fatigue, qui a disparu les jours suivants.

Cette jeune fille, qui porte aujourd'hui comme stigmate permanent une hémianesthésie sensitivo-sensorielle droite complète, est toujours sujette à des attaques d'hystérie. La phase passionnelle de ces attaques, dans laquelle elle est en proie à un délire hallucinatoire qui rappelle beaucoup celui dont on vient de lire la description, présente au point de vue de la durée une notable prédominance sur les autres phases, bien que celles-ci existent toutes et donnent à l'élément convulsif l'aspect bien caractéristique de la grande attaque hystéro-épileptique. La période des attitudes passionnelles est allongée au point qu'elle durerait plusieurs heures, ainsi que nous l'avons constaté plus d'une fois, si généralement on ne l'arrêtait soit par les inhalations d'éther, soit par l'application du compresseur de l'ovaire.

Nous avons profité de cette circonstance pour appliquer chez cette jeune fille le procédé de Motchoutkowsky et modifier son délire à l'aide de l'excitation des organes des sens. Ces résultats ont été aussi caractéristiques que possible. Nous provoquions généralement l'attaque en suggérant à la malade, pendant la période somnambulique de l'hypnose, qu'elle allait avoir une crise. Le résultat ne se faisait pas attendre. Elle ressentait tous les phénomènes de l'aura, puis tombait en convulsions. Tout d'abord on assistait à la phase épileptoïde, puis à celle des grands mouvements et arcs de cercle. Puis arrivait la phase des attitudes passionnelles pendant laquelle elle était en proie spontanément à des hallucinations analogues à celles que nous décrivions plus haut, bien que moins variées et moins nombreuses en général. Nous nous adressions alors successivement aux divers sens de la malade par les procédés dont l'énumération suit:

En plaçant un *verre rouge* devant les yeux de la malade, sa physionomie revêt une expression de terreur, elle lève les bras au ciel: « Oh! Charles, viens à mon secours!... Quoi? tu es en sang. Mon Dieu, qu'est-ce que tu as? O Charles, je ne veux pas te voir comme cela. Non, ne viens pas. »

En faisant usage d'un *verre jaune*: « Charles, le soleil! un temps superbe!... Où vas-tu par un beau temps comme cela? » Elle ferme les yeux: « Allons à l'ombre.... Les beaux nuages! »

Avec un *verre vert foncé*: « Oh! Charles, je m'ennuie! Je suis toute seule..., où donc, à cette heure?... En pleine nuit..., ces hommes après moi! »

Le *verre bleu foncé* amène sur la face l'expression de l'attention, puis de l'extase: « Mon père, je veux me retirer ces idées,... tu as toujours été bon... Ma pauvre mère, je te vois. Bonjour! Je te vois dans le ciel... Oh! maman, dis, tu m'aimes bien?... Aie pitié de ta fille, maman. »

Avec un *verre vert de vitre*, elle se croit au bord de l'eau: « J'ai toujours eu peur de tomber à l'eau. Mélie, viens; Nini, viens, prends garde, ne marche pas au bord. Ma petite sœur, j'ai toujours eu peur que tu tombes à l'eau... Viens ici... Où en vois-tu? je n'en vois pas du tout. Tu crois qu'ils vont sortir de l'eau. T'es bebête!... Où il est, papa?... Qu'est-ce que tu veux? nous sommes nerveuses, j'ai toujours été diable. Tu me gâtais, mon père, tu avais un penchant pour moi... Je cours tout droit vers l'eau. »

De nouveau le verre jaune ramène instantanément l'hallucination de grand soleil; le verre vert, la nuit et l'isolement; le verre bleu, la vue de sa mère dans le ciel. A ce moment une reprise des mouvements convulsifs interrompt un instant le délire, qui reprend ensuite spontanément: les rats, etc.

Nous mettons alors un morceau de *camphre* sous le nez de la malade: « Des habits!... Monsieur Binet, j'ai un rhume de cerveau... Non, écoutez, ça me porte à la tête... Ça conserve les habits... Oh! ma tête! »

Avec l'*eau de Cologne*: « Beau jardin! je vais aller me promener dans ce jardin... Quelle fleur est-ce? Je ne pourrais pas dire au juste..., je ne sais pas... J'ai assez du jardin, je sors un peu. »

Avec du *sulfure de carbone* la malade fait une grimace de dégoût: « Oh! c'est infect..., où sommes-nous, dis?... Il ne sent pas, lui! » Elle porte sa main à son nez: « Je me bouche le nez avec mon mouchoir, mais je sens tout de même... Où sommes-nous donc? » Elle est prise de nausées: « J'ai un peu mal au cœur... C'est mon déjeuner qui ne digère pas. »

Avec de l'*éther* (qui nous sert habituellement à la Salpêtrière pour calmer les attaques hystériques lorsqu'elles sont trop violentes ou ne cèdent pas à la compression des points spasmo-frénateurs, quand ils existent): « Oh! oui, les nerfs, les nerfs!... Regarde la pauvre fille là-bas... Va à son secours... Va vite. Pauvre fille! je la plains de tout mon cœur... Je n'en ai plus, moi, d'attaques (à part) et puis je ne te le dirais pas, pour sûr. Demande à papa, qui est là derrière..., je ne m'en cacherais pas... On dit que l'hystérique est passionnée, mais c'est pas ça du tout... Je t'assure que je n'ai pas d'attaques... M. X..., je l'aimais bien; M. Y..., oh! pas du tout; M. Z... (1), je l'aime un peu, mais ce qu'il est taquin! Dans le fond, il me revient M. Z... Il a bon cœur, mais il se laisse monter la tête... Ah! pourquoi sommes-nous venus? Je ne voulais pas y aller, à la Salpêtrière. On pouvait bien aller se promener ailleurs..., j'en ai plein le dos.., je ne voulais pas aller les voir... Tiens, si, allons voir la petite Léonie (il s'agit d'une malade du service). Elle n'est pas grossière, elle... Oh! ces personnages grossiers, je les ai en horreur... Léonie, viens nous voir chez nous... Tu sais, je te le dis à toi, ici, j'aurais peur d'être malade... »

Suit une interruption d'une heure et demie, pendant laquelle nous remettons la malade dans son état normal en lui comprimant la région ovarienne et en maintenant cette compression à l'aide du bandage compresseur. Puis nous enlevons l'appareil et le délire reprend spontanément.

Nous plaçons sous le nez un flacon de *chloroforme* (qui nous sert généralement soit pour les besoins de l'examen, soit dans un but thérapeutique, à obtenir la résolution des contractures hystériques): « Elle s'endort... Pauvre fille! Regarde-là... C'est pour voir les contractures, l'hystérie... Je connais tout ça, parbleu! J'ai été à la Salpêtrière... Bien sûr que je n'en sais pas aussi long que toi..., mais enfin, les petites choses... Tu vois, elle s'endort. C'est pour voir si la contracture va se défaire... Tu vois, ça se défait... Tu ris?... Quoi, je ne suis pas médecin comme toi... Hein! ce qu'elle dort bien!... C'est défait et quand on la réveillera ça reprendra... On devrait lui mettre deux bâtons pour lui tenir les jambes bien droites... Tu dis que ça ne servira pas à grand'chose?... »

Le goût donne des résultats de même ordre. En plaçant un peu de *sirop de groseilles* sur la langue: « Tu as soif? moi aussi... Je voudrais bien quelque chose de bon, de sucré, une grenadine au kirsch... Bon, je n'en veux pas. Papa sait que j'aime ça. C'est très bon, tu sais, très rafraîchissant. C'est bon quand on a soif... »

Avec du *sel de cuisine* sur la langue, elle fait une grimace de dégoût: « J'ai avalé de l'eau de mer! Ça me fait l'effet de sel de sedlitz, l'eau de mer... C'est si bon les bains de mer!... Oh! j'y pense encore. M. Emile nous regardait. Marie-Jeanne n'avait pas de costume. Elle avait un fichu et un jupon. (Elle rit.) Son jupon se relevait sur l'eau... Ce que nous riions! M. Emile la regardait avec... avec quoi?... comment que ça s'appelle?... avec sa jumelle..., c'est bien cela, Charles?... Et

(1) Il s'agit d'anciens chefs de clinique ou internes de M. le Pr Charcot, qu'elle a connus depuis bientôt quatre ans qu'elle est à la Salpêtrière.

puis le soir il a dit : « Elle n'avait pas de costume, Marie-Jeanne. »

Puis nous plaçons du *sulfate de quinine* sur la langue : « J'ai promis à mon père de ne plus me suicider..., je ne ferai pas comme vous. Je n'en prendrai pas... Oh ! il m'en fait prendre de force. » A ce moment elle fait des mouvements de vomissement et se met à cracher quelques glaires.

Nous adressant alors à la sensibilité générale, tactile, douloureuse ou thermique, nous remarquons tout d'abord que les excitations portées sur le côté anesthésique ne sont suivies d'aucune hallucination. Donc son anesthésie cutanée persiste pendant ce délire. Puis nous faisons quelques *pincements de la peau du bras, de la jambe :* « Voyons, Charles ! taquin ! Je ne vous parle pas, Monsieur... J'aime pas ces manières-là... J'appelle mon père... Oh ! ce qu'il est taquin ! »

Nous faisons quelques *caresses sur la joue:* « Oui, ma petite sœur, oui, Mélie, je t'aime bien... Viens ici, t'es la plus gentille ; viens vite... Tu sais que tu grandis beaucoup..., t'es gentille.... »

Quelques *piqûres d'épingle sur la joue* changent la scène : « Oh ! c'est par trop ! Oh ! ces bêtes... Qu'est-ce que c'est que ces bêtes-là ?... Ce que c'est agaçant ! » Elle cherche d'ailleurs peu à se défendre avec ses mains contre ces bêtes imaginaires qui lui piquent la figure. « Quelles bêtes est-ce donc ? C'est pas naturel... Oh ! là, là, des guêpes ! »

Avec des *piqûres d'épingle sur la poitrine :* « Un serpent qui me pique..., un serpent, oui... Holà ! Holà ! » Des *piqûres d'épingle le long de la jambe* lui donnent l'hallucination de rats qui lui courent le long des jambes, montant ou descendant suivant que les piqûres montent ou descendent.

Si l'on fait des *piqûres d'épingle dans la région du cœur* : « Monsieur, laissez-moi, s'il vous plaît... S'il ne vous plaît pas, c'est la même chose... Vous voulez me percer le cœur... Je ne l'ai pas à droite, comme les gendarmes... Quoi ? alors vous voulez me faire mourir... Quelle souffrance, mon Dieu !... Ah ! si Charles était là !... »

Des *piqûres d'épingle sur la paroi abdominale* donnent lieu à des hallucinations bien singulières qu'explique le long séjour de la malade à la Salpêtrière et la mémoire qu'elle a de tout ce qui s'y passe: « Monsieur, Messieurs les médecins ! mais je n'ai pas de tumeur dans le ventre... Laissez-le donc tranquille, mon pauvre ventre.... vous n'allez pas me l'ouvrir..., au moins endormez-moi, d'abord... Et puis je vous dis que je n'ai rien dedans... Qui est-ce ? C'est M. Terrillon... Voyons, Monsieur, je vous connais, je vous dis que je n'ai jamais souffert du ventre... Quelle opération ! Qu'est-ce qu'ils me retirent ? Oh ! mes boyaux sur un plat ! Oh ! non, vrai, seulement sans m'endormir... Monsieur, je meurs. Allez chercher mon père... C'est long comme tout cette opération... Monsieur ! Oh les charcutiers ! (Elle détourne la tête avec dégoût)... Il y en a assez qui ont des tumeurs, pourquoi me prendre, moi qui n'ai rien ?... »

Il est remarquable que les piqûres ont toujours donné les mêmes résultats suivant les régions sur lesquelles elles portaient. A plusieurs mois d'intervalle, nous avons pu vérifier que les piqûres de la face amenaient toujours l'idée de guêpes, celles de la poitrine l'idée du serpent, celles de la région précordiale l'idée de cœur percé, celles de la paroi abdominale celle de laparotomie. Ces hallucinations provoquées sont d'une fixité digne d'être notée.

Avec une *compresse chaude appliquée sur l'épaule*, elle manifeste qu'elle a fort chaud, elle déboutonne le col de son corsage, s'évente avec sa main ou son mouchoir: « Où sommes-nous ?... En Afrique... C'est comique... Ce que j'ai chaud ! Charles, je sue sur la poitrine... Ça te paraît drôle ; c'est que je suis extraordinaire... C'est l'Afrique, jamais je n'avais vu l'Afrique. C'est le pays d'une petite que je connais... Tombouctou..., le désert..., les chameaux... » Il est bon de faire remarquer qu'il y avait dans le service de clinique, au moment où nous commençâmes nos expériences, une jeune négresse de Tombouctou atteinte d'hystérie convulsive classique.

Une *compresse très chaude sur la joue* lui donne l'idée de névralgies : « Quelle névralgie !... Je demanderai de l'antipyrine... Charles, tu m'en donneras de l'antipyrine... J'en prendrai deux grammes. »

L'application d'un *fer froid sur la face, la poitrine,* la fait grelotter. « Quel froid !... Ah ! je suis sur la neige... Vite, mon manteau !... Comment que ça se fait ? Où donc sommes-nous ?... En Sibérie ?... »

Une *compresse trempée dans l'eau froide et placée sur la poitrine* lui donne l'idée de bain froid : « Alors nous allons nous baigner ?... Au bord de la mer, je veux bien. Mais ici, non, je ne veux pas... Nous voilà dans l'eau ! Cela donne des douleurs. Je crains même l'humidité. Je ne sors pas quand il pleut, à moins d'y être obligée... »

Un *bruit de tambour* produit à côté d'elle lui fait voir des soldats, puis la foire de Saint-Denis.

Un *bruit de gong léger et monotone* lui rappelle un enterrement ; « Qui donc est mort ?..... Comme c'est triste ! Cela me fait un effet !..... J'en pleurerais..... C'est les cloches..... Ça me rappelle ma pauvre mère. » Alors elle se cache la figure dans ses mains et pleure.

Nous l'asseyons devant une table et, lui mettant une plume à la main, nous essayons de la faire écrire. Elle ne modifie pas son délire qui se déroule soit spontanément, soit suivant les modifications que nous lui apportons par un des procédés ci-dessus, et elle écrit quelques mots en rapport avec l'hallucination du moment : « Musique....., je m'ennuie..... » C'est tout ce que nous avons pu obtenir d'elle sous ce rapport.

Aucune autre impression sensorielle un peu plus compliquée ne provoque chez cette malade de modification du délire ni d'hallucination en rapport avec l'objet de cette impression. On place devant elle une chaise, elle ne paraît pas la voir ou la tourne si elle est en travers de son chemin, sans s'en occuper. On lui présente un fruit, des clefs, une montre, un livre, elle ne paraît pas les voir, toute à l'idée dans laquelle elle est concentrée. La parole n'a aucune action sur ses hallucinations et n'en provoque point de nouvelles. On crie à ses oreilles des mots simples, capables d'éveiller des images, tels que : chat, chien, lion, des noms de personnes qu'elle connaît, elle ne bronche pas et ne semble même pas percevoir le bruit des paroles.

Elle est donc totalement concentrée dans son délire, dont rien ne peut la faire sortir, sinon les excitations simples des organes des sens. Alors elle s'empare de l'impression brute qu'elle transforme à son gré en une hallucination toujours la même pour chaque excitation sensorielle.

Ces résultats sont d'autant plus intéressants que nous avons pu constater chez elle des phénomènes de même ordre dans la période cataleptique du grand hypnotisme. Nous les avons consignés dans une note publiée en collaboration avec Mlle Woltke (d'Odessa) (1). Cette malade est, en effet, une grande hypnotique. Après l'avoir mise en catalepsie par les procédés ordinaires, nous avons remarqué que par des excitations simples des organes des sens on pouvait faire naître des suggestions, véritables hallucinations, sur la nature desquelles l'opérateur n'a aucune influence. Tandis que la parole, la vue d'objets quelconques laisse la cataleptique impassible, l'application d'un verre rouge sur les yeux amène sur sa face l'expression d'une violente terreur. Un verre jaune donne l'hallucination de grand soleil et la malade met ses mains sur ses yeux comme une visière pour se protéger contre le soleil. Il en est de même pour l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher dans le domaine desquels une excitation suggère une hallucination à l'égard de laquelle la malade réagit par des gestes et des jeux de physionomie caractéristiques, au point que sa mimique seule suffit à faire comprendre tous les détails de l'hallucination qui se passe dans son cerveau.

Nous ne décrivons pas en détail les résultats obtenus chez Sch... dans la période cataleptique de l'hypnose à l'aide de l'excitation des organes des sens, renvoyant le lecteur à notre travail que nous citions plus haut. Il est intéressant de rapprocher ces résultats de ceux que nous constatons pendant la phase délirante de l'attaque. Le processus est évidemment le même, et, plus encore, les hallu-

(1) Georges Guinon et Sophie Woltke. — *De l'influence des impressions sensitives et sensorielles dans les phases cataleptique et somnambulique du grand hypnotisme.* (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1891, n° 1).

cinations provoquées par une même impression sensorielle sont très souvent identiques dans l'un et dans l'autre états. Signalons seulement le verre jaune donnant l'hallucination de grand soleil, l'eau de Cologne, celle de jardin rempli de fleurs, l'éther, celle d'attaque de nerfs, le chloroforme, celle de contracture hystérique, etc., etc. Sans vouloir tenter de donner une explication psycho-physiologique de ces phénomènes, il n'est pas sans intérêt cependant de rapprocher l'un de l'autre ces deux états analogues d'activité mentale inférieure, qui, à un autre point de vue, montrent une fois de plus combien se touchent de près les manifestations de l'hypnose et de l'hystérie. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

L'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris.

Un vent de réformes a soufflé, jetant le trouble et l'émoi dans les cercles médicaux de Paris. Il s'agit de l'organisation d'un *Enseignement pratique de la médecine*, que la Faculté ne donne pas, et dont le besoin se fait vivement sentir. Cette question, qui met en cause des intérêts divers, ne pouvait manquer de soulever des orages. Aujourd'hui, grâce aux discussions de la Société des Hôpitaux et aux polémiques de la Presse, l'opinion publique est saisie : elle demande, elle attend une solution (1).

Parmi les journaux spéciaux, le *Progrès Médical* n'a cessé de revendiquer les droits de l'enseignement libre, et de montrer les avantages d'un enseignement municipal de la médecine. Récemment encore notre collègue, M. Bourneville, reprenait sa thèse favorite dans un article très modéré et très juste (2). Après avoir cité les opinions divergentes des principaux organes de la Presse médicale, il faisait ressortir, avec une éloquence émue, les avantages sociaux de la réforme, l'éclat qu'elle jetterait sur le corps médical des Hôpitaux, les services qu'elle rendrait à la Société en lui fournissant des médecins instruits et capables, et enfin les progrès qu'elle ne manquerait pas de susciter dans les différentes branches des sciences médicales.

M. le professeur Potain, dans une brochure récente (3), ne demande pas avec moins d'ardeur et de conviction l'organisation de l'enseignement clinique.

« *N'est-il pas d'un intérêt très grand pour le pays que son corps médical soit aussi instruit qu'il se peut, aussi capable que possible de veiller à la santé des populations et de leur porter utilement secours..... L'Etat, qui a fondé une Ecole de médecine, doit aux 4000 élèves qu'il y admet actuellement des moyens complets d'instruction médicale théorique et pratique. Il importe donc au plus haut point que ce qui est accompli désormais pour toutes les autres branches des sciences médicales le soit pour la clinique à son tour.* UNE ORGANISATION RÉGULIÈRE DE CETTE PARTIE DES ÉTUDES S'IMPOSE. TOUT LE MONDE LE SENT. IL RESTE A LE RÉALISER. »

Ce n'est pas d'aujourd'hui que cette situation humiliante pour le corps médical français est connue, signalée, sentie. Mais si la Presse médicale indépendante avait, de temps à autre, émis des doléances, une véritable campagne ne s'est déclarée que du jour où la Société des Hôpitaux, qui ne compte pas moins de 120 membres, et qui représente par conséquent le Cercle médical le plus important et le plus autorisé de Paris et de la France, a été saisie de la question par M. Huchard. La campagne n'est pas terminée, le dernier mot n'a pas été dit, et il n'est pas trop tard pour en parler encore.

Paris, quoi qu'on fasse, attirera toujours la masse des étudiants français ou étrangers qui veulent faire leurs études médicales en France.

Sur les 4,000 élèves inscrits à la Faculté de médecine de Paris, 800 (le cinquième du nombre total) sont étrangers. Aucune Faculté étrangère n'a pu, jusqu'à ce jour, atteindre ces chiffres. Mais, si les étrangers viennent à nous, malgré les desiderata de notre organisation actuelle, croyez bien qu'ils ne sont pas attirés par la Faculté ; de ce côté ils n'ont à attendre que des ennuis, des empêchements, des frais. Ils viennent uniquement pour nos Hôpitaux qui leur offrent, avec une libéralité sans égale, une mine d'instruction inépuisable. Non seulement l'Administration de l'Assistance publique leur ouvre toutes grandes, et sans rétribution, les portes de ses hôpitaux, mais encore elle leur confère, au concours, sans distinction de nationalité et même de sexe, des fonctions très importantes et appointées raisonnablement.

C'est le titre d'*Interne des Hôpitaux de Paris* et non celui d'Elève de la Faculté, qui attire en France la plupart des étrangers. C'est grâce à l'Assistance publique, à la Ville de Paris, que nous avons conservé, malgré nos désastres et malgré l'insuffisance de notre organisation universitaire, notre clientèle étrangère. C'est en France que les études médicales coûtent le moins cher. C'est à Paris seulement que l'étudiant peut être mis, sans bourse délier, en possession de tous les moyens d'instruction pratique que renferment les Hôpitaux.

Et ces moyens sont immenses, pour ainsi dire illimités : 30 hôpitaux ou hospices, comprenant 88 services de médecine, 42 services de chirurgie, 8 services d'accouchements, 7 services de maladies nerveuses, plus de 20,000 lits, sans compter les laboratoires, l'amphithéâtre d'anatomie, les bibliothèques, les musées, etc. !

On peut trouver ailleurs une meilleure utilisation, mais pas une égale profusion de richesses cliniques. Et cependant on se plaint, et non sans raison. On dit et on répète que la plupart de ces matériaux d'études sont perdus pour l'enseignement. Écoutons M. Potain :

« *Si l'organisation de l'enseignement pratique de la pathologie est demeurée imparfaite, ce n'est point assurément que les éléments fassent défaut pour cet enseignement-là. Les nombreux malades réunis dans les hôpitaux de Paris sont pour lui une mine inépuisable de matériaux. Et, d'autre part, sans compter les membres de la Faculté, qui, presque tous, y ont des services,* L'ENSEMBLE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX FORME UN PERSONNEL D'UNE VALEUR INCOMPARABLE. NULLE PART AU MONDE ON NE PEUT TROUVER UN PAREIL ENSEMBLE. *Malheureusement toutes ces richesses sont en partie perdues ou du moins ne sont pas utilisées à beaucoup près comme elles pourraient l'être.* »

Les élèves qui n'ont pas suivi la voie des concours se trouvent en quelque sorte abandonnés à eux-mêmes,

(1) Voir l'article de la *Cité* du 11 mai, du *Radical* du 22 avril 1891, de la *Lanterne* du 14 avril 1891, etc.
(2) *Progrès médical*, 28 février 1891.
(3) *Sur l'organisation de l'enseignement clinique à l'Ecole de Paris*. Paris, 1891.

ils font des études cliniques incomplètes, déplorables, et chaque année la Faculté délivre des diplômes à des docteurs incapables d'exercer utilement la médecine.

La Faculté, sans contredit, compte dans son sein l'élite des médecins français ; les professeurs qui la composent brillent au premier rang des maîtres du monde entier.

Ils remplissent, avec éclat, les chaires qui leur sont attribuées. Ils tiennent haut la bannière de la science française et, grâce à eux, le niveau de l'*Enseignement supérieur* de la médecine en France se maintient.

La Faculté de Paris est certainement une Ecole des hautes études médicales qui fait honneur à la France, c'est un véritable *Collège de France* de la médecine, mais ce n'est pas assez une école professionnelle, ayant pour but exclusif ou principal la formation des médecins praticiens. La Faculté demande, à ses candidats au doctorat, 2 ans de stage hospitalier ; ce stage, dérisoire par sa durée, l'est encore plus par la façon dont il est rempli.

Les stagiaires ne pouvant contenir dans les quelques cliniques officielles, où, d'ailleurs, ils ne pourraient approcher les malades, tant l'affluence est grande, débordent de tous côtés dans les services hospitaliers indépendants de la Faculté.

La Faculté se fait payer (inscriptions, droits d'examen) un enseignement qu'elle ne donne pas ou qu'elle donne incomplètement. Le corps médico-chirurgical donne gratuitement cet enseignement pratique de la médecine que la Faculté devrait dispenser à tous. A la Faculté tout l'honneur, tous les profits ; aux médecins des hôpitaux toutes les charges, sans aucune compensation officielle.

Je fais appel ici à la mémoire de mes lecteurs, et je leur demanderai d'établir le bilan de ce qu'ils doivent à la Faculté et à l'Assistance publique de Paris. Pour moi, je le déclare, en dehors de ma première année d'études, où j'ai suivi les cours des sciences accessoires, je n'ai mis les pieds à la Faculté que pour payer mes inscriptions, mes droits d'examen, passer ces examens, etc. Je dois tout, même l'enseignement de l'anatomie, à l'Assistance publique, et tous *les médecins de la Faculté de Paris* sont dans le même cas.

J'ai suivi quelques cours de la Faculté, après mon doctorat ; par exemple, j'ai été heureux d'entendre le professeur Bouchard, et j'aurais pu sans doute trouver plaisir et profit dans la fréquentation des maîtres qui, à son exemple, font un enseignement original et supérieur. Mais ces cours de Faculté, qui font avancer la science, qui honorent les professeurs, la Faculté, la nation, ne sauraient remplacer les cours pratiques.

L'enseignement pratique, je l'ai dit, ne peut être donné qu'à l'hôpital, au lit du malade, par les chefs de service ou leurs assistants.

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux sont donc fatalement conduits à enseigner la médecine. Mais cet enseignement n'ayant rien de réglé, de coordonné, d'obligatoire, se donne au gré des maîtres, à leur convenance personnelle, sans le souci exclusif de l'intérêt des élèves. Si le professeur libre voit dans l'enseignement un moyen d'acquérir de la notoriété, de la clientèle, si l'ambition l'emporte sur la paresse, tant mieux pour les étudiants. Ne comptons pas que les maîtres s'inspireront uniquement de l'intérêt des élèves ; car, s'ils le faisaient, ils donneraient l'exemple d'un désintéressement qui excède la nature humaine. En fait l'enseignement clinique dans les hôpitaux est livré au bon vouloir individuel, à l'arbitraire, au hasard ; il n'est pas organisé, il n'est pas reconnu officiellement, il n'est pas rétribué, *il n'existe pas*.

Abstraction faite de l'examen hebdomadaire des malades nouveaux, qui n'est suivi que par les élèves du service, les leçons cliniques faites par les médecins des hôpitaux sont l'exception au lieu d'être la règle, et on peut citer de grands hôpitaux qui en sont absolument dépourvus. Les élèves, livrés à eux-mêmes, vont où la fantaisie les pousse ; ils errent sans ordre et sans guide dans les salles, sans retirer un profit suffisant de la fréquentation des hôpitaux.

Le Conseil municipal de Paris, qui dote si largement tous les services de l'Assistance publique, qui accorde des subventions périodiques aux bibliothèques, aux laboratoires des hôpitaux, qui supporte la plupart des frais des cliniques de la Faculté, s'est ému de cette situation déplorable.

Il souffre depuis longtemps de voir les sacrifices imposés à la Ville de Paris rester presque stériles ; il vient d'affirmer encore une fois son intention d'entrer dans la voie des réformes.

Il ne saurait être question, comme on l'a dit, de créer de toutes pièces une *Faculté municipale*, rivale de la Faculté d'Etat. C'est là une entreprise qui excéderait les forces et les intentions de la Ville de Paris, et qui d'ailleurs serait contraire à la loi.

On ne peut songer sérieusement à faire concurrence à l'Etat pour les corvées dont il a le monopole (examens, collation des grades, etc., etc.). Le Conseil municipal borne toute son ambition à utiliser, d'une façon pratique et complète, les ressources cliniques accumulées, sans profit pour personne, dans les hôpitaux de Paris.

La Faculté reconnaît elle-même qu'il lui est matériellement impossible de donner un enseignement médical passable à ses 4.000 étudiants. Qu'elle accepte donc, sans mauvaise grâce, le concours de la Ville de Paris et qu'elle fasse passer l'intérêt général avant les intérêts particuliers. Quand le corps médical des hôpitaux, dont la compétence et le bon vouloir sont hors de cause, aura été mis en possession de l'outillage qui lui manque, — laboratoires, salles de cours, — il suffira d'une impulsion autorisée pour faire de l'enseignement clinique une réalité. On a parlé d'annexer cet enseignement à celui de la Faculté, comme si l'annexion était compatible avec la liberté et l'indépendance désirables. La Faculté, ne l'oublions pas, est un corps fermé, une aristocratie peu nombreuse, un mandarinat à base étroite, jaloux de ses titres et de ses prérogatives, qui ne souffrirait pas volontiers l'intrusion, à pied d'égalité, d'éléments étrangers à son esprit de corps et à son mode de recrutement.

J'ai dit plus haut assez de bien des individus pour juger, en toute franchise, la corporation, l'institution. Eh bien, la Faculté de médecine qui, jadis, rendait

des services, me paraît avoir, de notre temps, entravé l'essor de la médecine française. J'ai déjà dit qu'elle négligeait son rôle professionnel et qu'elle ne formait pas de médecins praticiens.

Ce n'est pas le seul reproche qu'on puisse lui faire. Elle a tout fait pour décourager l'initiative privée et anéantir l'enseignement libre; elle n'a pas su s'assimiler les hommes de progrès qui s'étaient formés en dehors d'elle; elle a méconnu l'importance des spécialités et n'a pas voulu les enseigner; pendant que tout le monde marchait, elle a marqué le pas ou rétrogradé, décourageant nos compriotes et détournant le courant des étrangers qui viennent se perfectionner en Europe.

Bref, si l'étoile médicale de la France a pâli dans cette fin de siècle, c'est à l'organisation universitaire, c'est à la Faculté que nous le devons.

Parmi les hommes vraiment originaux et créateurs qui, en dépit de tous les obstacles, ont fait avancer la médecine française à notre époque, la plupart étaient étrangers à la Faculté.

Qui a ouvert la voie à la bactériologie et préparé la révolution médicale du XIXe siècle? Davaine, Pasteur.

Qui a laissé un nom durable en physiologie? Claude Bernard, professeur au Collège de France. Qui fait autorité en histologie? Ranvier. Qui a fait jaillir de la médecine expérimentale, encore dans les limbes, une si belle lueur? Villemin, du Val-de-Grâce. Qui a brillé au premier rang des neuro-pathologistes? Duchenne, de Boulogne. Qui a marqué la dermatologie, la syphiligraphie, d'une empreinte originale et créatrice? Bazin, Ricord, étrangers, comme les précédents, à la Faculté. Qui a introduit l'antisepsie chirurgicale en France? Lucas-Championnière, refusé à l'agrégation (1). Qui a fait les premières ovariotomies?... Qui a enseigné et fait avancer la gynécologie, l'ophtalmologie, l'otologie, la laryngologie, etc., etc.?

La plupart de ces spécialités sont encore aujourd'hui méconnues par la Faculté, qui ne les enseigne pas, et ne contribue en rien à leur diffusion ni à leur progrès. Tout ce qui s'est fait en France dans cette voie a été fait en dehors et en dépit de la Faculté. Et cependant la Faculté tient à garder le monopole d'un enseignement qu'elle ne peut donner; le sentiment de son impuissance ne l'empêche pas de mettre obstacle à toute tentative d'enseignement complémentaire qui serait indépendant et qui n'émanerait pas d'elle.

Mais la Ville de Paris, toute puissante, triomphera de l'opposition et du mauvais vouloir de la Faculté, quand elle le voudra.

S'il y avait, ailleurs qu'à Paris, en Allemagne, en Russie, en Autriche-Hongrie, une Faculté de médecine comptant 4.000 étudiants, ayant sous la main 180 médecins, chirurgiens, accoucheurs des hôpitaux, c'est-à-dire un ensemble *incomparable* (c'est le mot de M. Potain) de professeurs tout indiqués, tout trouvés, croit-on que cette Faculté n'utiliserait que le tiers ou le quart de ce corps enseignant? C'est pourtant ce que nous voyons en France; sur un corps médico-chirurgical de 180 membres, la Faculté n'en emploie que 54 (16 professeurs de clinique, 10 professeurs de pathologie, thérapeutique, etc., 28 agrégés). Encore faut-il remarquer que ces 28 agrégés et ces 10 professeurs de pathologie ne sont presque pas utilisés pour l'enseignement de la médecine pratique.

Ils sont chargés de cours ou conférences théoriques, font passer des examens, etc. Que de forces vives perdues pour la science, pour le pays, pour l'humanité!

Les quelques chiffres que je viens d'indiquer montrent ce que nous devons attendre de la Faculté. Si l'esprit de corps ne s'opposait pas à la réforme projetée, la raison budgétaire y ferait obstacle. Le Ministre de l'instruction publique a supprimé, il y a quelques années, les 3,000 francs d'indemnité que les agrégés recevaient quand ils faisaient un cours, et ce cours, devenu gratuit bien qu'obligatoire, a été baptisé *conférence*.

Le même Ministre de l'instruction publique, pour ne pas demander à la commission du budget quelques pensions de 6,000 fr., ajourne indéfiniment la mise à la retraite des professeurs ayant dépassé 70 ans. La plupart des services de la Faculté, faute d'une dotation suffisante, marchent d'un pied boiteux; le chauffage seul de ses immenses bâtiments absorbe des sommes colossales et n'est pas suffisant. Ne sait-on pas, d'ailleurs, que la Ville de Paris supporte la plupart des frais de premier établissement et d'entretien des cliniques de la Faculté? Elle a dépensé récemment 278,000 fr. pour la clinique Baudelocque; elle subventionne annuellement plusieurs laboratoires de professeurs ou d'agrégés, etc.

En un mot, elle s'impose, pour l'enseignement de la médecine, des sacrifices toujours plus grands, alors que l'Etat ne cherche qu'à faire des économies. La conclusion, c'est qu'il faut compter sur la Ville et non pas sur l'Etat, sur l'administration de l'Assistance publique et non pas sur la Faculté.

Avec la Faculté, nous ne pouvons rien; nous pouvons tout, au contraire, avec l'appui d'une Assemblée puissante, libérale, qui ne craint pas les formules nouvelles: j'ai nommé le Conseil municipal de Paris.

Aussi, c'est avec surprise et douleur que nous avons vu la Société médicale des hôpitaux, cédant à la pression de la Faculté qui avait mobilisé tous ses adhérents, tourner le dos au Conseil municipal et lâcher la proie pour l'ombre. Nous déplorons l'ingérence de la Faculté, car son triomphe serait l'ajournement *sine die* des légitimes espérances du corps médical.

Sans aborder ici les détails d'une organisation qui est à créer, après entente préalable entre les hommes compétents de l'Administration et du corps médical des hôpitaux, je vais résumer en quelques lignes les services qu'elle peut rendre.

L'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux serait un véritable bienfait pour tous les étudiants français ou étrangers inscrits à la Faculté de Paris, pour tous les médecins de passage, qui viennent en Europe perfectionner leur instruction professionnelle.

Sûr de trouver, chaque matin, dans les services où il irait, un enseignement qui manque actuellement, sûr

(1) Il y aurait beaucoup à dire sur ce fameux concours de l'agrégation, dont la Faculté s'enorgueillit et qui est bien le rouage le plus défectueux de l'organisation actuelle.

d'employer son temps au mieux de ses intérêts, l'étudiant fréquenterait l'hôpital avec plus de zèle et d'assiduité. Au lieu des médecins insuffisants que nous donne le stage réglementaire, les hôpitaux de Paris seraient, pour la France et pour d'autres pays, une pépinière de médecins instruits, capables, rompus à la pratique de leur art.

D'un autre côté, quel stimulant pour les chefs de service qui, encouragés, récompensés de leurs efforts, s'appliqueraient à former les nouvelles générations médicales ! Quel profit pour la science ! Les autopsies bien faites, les pièces recueillies, examinées dans les laboratoires, utilisées pour l'enseignement, les malades étudiés à fond, les cas intéressants, difficiles, recherchés, réservés pour les leçons cliniques. Bénéfice pour les élèves, bénéfice pour les maîtres.

Bénéfice également pour les malades, qui seraient d'autant mieux soignés qu'ils seraient l'objet d'un examen plus attentif et plus empressé.

La Faculté elle-même, galvanisée par l'émulation et la concurrence, apprendrait le mouvement en voyant marcher ses rivaux. Les agrégés, qui sont pourvus de services, auraient l'occasion de révéler publiquement leurs aptitudes professorales. Enfin, la Ville de Paris trouverait, dans la renommée qui rejaillirait sur elle et dans l'affluence d'étrangers que la nouvelle organisation attirerait, une compensation aux énormes sacrifices qu'elle s'est imposés. D[r] J. Comby,

Médecin des hôpitaux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 30 mai 1891. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Luzet communique le résultat de ses recherches sur *la régénération du sang chez les Ovipares.* A côté de l'hématopoièse hématoblastique normale, il a observé une forme de réparation sanguine en rapport avec la moelle des os. Les éléments que l'on peut rapporter à cette hématopoièse médullaire sont constitués par des éléments où le noyau est formé d'une masse chromatique sans réticulum, mais d'où partent des filaments spiralés fort analogues à ceux que l'on peut noter dans la moelle des os des pigeons jeunes fortement saignés.

MM. Quinquaud et Gréhant ont mesuré *la puissance musculaire dans les intoxications par l'alcool et par l'oxygène comprimé* et ils ont constaté que l'alcoolisme aigu et l'oxygène comprimé diminuaient la puissance musculaire, le premier d'une façon notable, le second plus encore que celui-ci.

M. Gaube a étudié une *forme particulière d'albuminurie* qu'il appelle *albuminaturie.* Il désigne sous ce nom le symptôme dyscrasique se traduisant par la présence d'une minime quantité d'albumine dans les urines, associée à des carbonates ou à des phosphates terreux principalement. Cette albuminaturie se rencontre chaque fois que l'organisme consomme ou met en mouvement pour sa défense une grande quantité d'acide phosphorique : elle est donc physiologique ou pathologique.

M. Ch. Richet montre une série de *tableaux graphiques* indiquant les poids du cerveau, du foie et de la rate, chez le chien, comparativement au poids du corps de l'animal. Ces tableaux pourront être très utiles dans les laboratoires de physiologie.

M. Vialleton, de Lille, envoie une note sur *le développement des aortes postérieures* chez l'embryon de poulet.

M. Borrel, de Montpellier, adresse une note sur *les figures de karyokinèse* et les modes de division du noyau dans les épithéliomas.

M. Henry a étudié *l'influence des vapeurs odorantes* sur les mouvements musculaires et respiratoires.

M. Alezais adresse l'étude d'un *monstre paracéphale.*

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. G. Sée communique ses recherches sur *la distension et la dilatation du cœur et ses modifications sous l'influence des médicaments cardiaques.* — La matité absolue du cœur n'existe pas cliniquement et ne se distingue pas de la matité générale ou submatité. Si le cœur est sujet à de nombreuses variations de volume se traduisant par l'augmentation de sa matité qui peut persister pendant quelque temps, c'est qu'il y a de nombreuses causes d'erreur de diagnostic et qu'on traite les malades pour dilatation ou hypertrophie, qui cependant n'ont aucune lésion, mais qu'on avait examinés au moment de la distension temporaire. Dans les cardiopathies, les lésions du myocarde peuvent exister sans entrainer de manifestation morbide : cliniquement, il n'y a pas de maladie de cœur, laquelle ne se manifeste que s'il y a distension. Ou bien il y a au contraire des manifestations morbides sans qu'il y ait de lésion musculaire. La clef de toutes ces anomalies apparentes est dans l'état de distension des cavités du cœur, surtout du ventricule gauche. Si elle est permanente il y a véritablement *maladie du cœur.* Il y a cependant encore à distinguer entre la dilatation et l'hypertrophie, laquelle peut être favorable. Quant à l'action des médicaments cardiaques, voici ce que l'orateur a trouvé : 1° La *spartéine* diminue le mieux et le plus vite les dimensions du cœur, et en augmente le plus la tonicité ; 2° La *digitaline* agit de même, mais surtout sur les cavités droites, et ne paraît avoir d'action que si ces cavités sont lésées et dilatées ; 3° L'*iodure de potassium* diminue aussi, mais moins, le volume du cœur ; 4° L'*antipyrine* augmente le volume total sans influer sur la pression artérielle ; 5° Le *bromure de potassium* dilate le cœur dans sa totalité, peut-être plus le cœur droit. Quant à la *caféine* elle n'agit nullement sur le muscle cardiaque.

M. C. Paul fait observer que les variations de volume du cœur ne peuvent se constater que par expérimentation, *de visu,* sur les animaux, ou la mensuration clinique de l'organe, et que les changements survenus semblent, d'après les tracés de M. G. Sée, provenir surtout de modifications volumétriques de l'estomac.

M. G. Sée répond que les variations de volume du cœur dépendant de l'estomac sont très différentes et qu'il a eu soin d'éliminer cette cause d'erreur.

M. Dujardin-Beaumetz s'étonne que M. G. Sée paraisse faire dépendre l'élasticité du cœur d'un autre élément que le muscle cardiaque lui-même, et que certains médicaments puissent agir sur le cœur droit, comme la digitaline, sans agir sur le cœur gauche. Pour lui, l'élasticité du cœur dépend exclusivement de l'intégrité du myocarde. Tous les médicaments susceptibles d'agir sur la fibre cardiaque sont indiqués dans les cardiopathies. Il n'admet pas davantage qu'il y ait des médicaments qui agissent exclusivement soit sur le cœur, soit sur les vaisseaux.

M. Laborde, reprenant la *question des accidents de la chloroformisation, leur mécanisme pathogénique, leur traitement curatif et préventif,* résume la discussion de l'année dernière et formule les conclusions suivantes : 1° Tant qu'il y aura mort ou danger de mort par le chloroforme et la chloroformisation, encore que ce danger et sa réalisation puissent être, dans certains cas, inévitables et au-dessus des ressources de la science et de l'art,

il y a lieu de rechercher les meilleurs moyens de conjurer et de combattre ce danger ; — 2° Cette question étant essentiellement une question de *toxicologie*, et par conséquent du domaine physiologique et expérimental, c'est à la physiologie et à l'expérimentation qu'il appartient de déterminer le mécanisme pathogénique des accidents, d'où doivent être déduits rationnellement les indications et les moyens de prévention et de traitement ; — 3° Cette détermination et les connaissances qui en découlent sont aujourd'hui assez avancées et assez positives, pour permettre à la clinique d'en bénéficier, par l'essai et l'application des moyens et des procédés démontrés efficaces par l'expérimentation, et qu'elle n'a pas le droit de répudier ; — 4° En l'état actuel, les moyens *préventifs*, suggérés et indiqués par le double mécanisme du réflexe d'arrêt fonctionnel primitif ou secondaire et de l'action toxique par imprégnation générale, rentrent essentiellement : *a*) d'une part, dans l'adjonction préalable et systématisée des analgésiques généraux et locaux à l'anesthésique en vapeur ; *b*) d'autre part, dans le dosage et le titrage le plus exact possible de la substance anesthésique ; cette exactitude ne peut, à l'heure actuelle, être obtenue que par la méthode des mélanges titrés, basée sur la recherche et l'analyse expérimentales ; — 5° Les moyens *curatifs* peuvent être ramenés et se résument en tous ceux qui sont capables de ranimer les phénomènes mécaniques de la fonction respiratoire éteinte ou près de s'éteindre, cette extinction constituant le mécanisme essentiel de l'action toxique propre du chloroforme. Or, de tous ces moyens, celui qui doit prédominer et prévaloir, comme le plus rationnel, conséquemment le plus efficace, et, il est permis de le dire, souverain, c'est la respiration artificielle, à la condition d'être réalisée selon les indications expresses de l'expérimentation, c'est-à-dire par le procédé de l'insufflation, transporté et adapté à la pratique chirurgicale.

M. C. PAUL lit un rapport sur un travail de M. le Dr Barthe de Sandfort, sur l'*emploi des boues de Dax*.

M. BUDIN lit un rapport sur un mémoire de MM. LEDRU et NIVET relatif à la *construction d'une Maternité à Clermont-Ferrand*. Nous y relevons le passage suivant :

« La nouvelle Maternité comprendra huit lits pour les femmes enceintes, douze lits pour les accouchées et six lits pour l'infirmerie dans le service d'isolement. Il est intéressant de voir qu'un certain nombre de lits ont été réservés aux femmes enceintes.

« En décembre 1888, en discutant devant la Société de Médecine publique un intéressant travail lu par M. Napias sur la sortie prématurée des accouchées, nous avons attiré l'attention sur les femmes enceintes qui, sauf à la Maternité et à la Clinique d'accouchements, ne trouvaient pas régulièrement asile dans les hôpitaux de Paris. Elles aussi avaient besoin de repos et d'assistance.

« Notre collègue, M. Lagneau, a rappelé alors qu'en 1876 il avait insisté sur la nécessité de créer des Maternités-Ouvroirs où les femmes sans asile, dans l'impossibilité de gagner leur vie, pourraient être reçues dans les derniers temps de la gestation. Depuis cette époque, le Conseil municipal de Paris, en 1890, sur la proposition d'un de ses membres, M. Strauss, a voté les sommes nécessaires pour la construction d'un asile-dortoir destiné aux femmes enceintes; en attendant qu'il soit terminé, 50 lits leur ont été réservés à l'ouvroir de la rue Fessart.

« De son côté l'Administration générale de l'Assistance publique, en complétant l'organisation des services d'accouchements y ajoute un certain nombre de lits pour les femmes enceintes. Enfin, l'idée fait heureusement son chemin et une société privée, *la Société d'Allaitement maternel*, fonde de son côté un asile pour y recevoir les femmes grosses.

« MM. Ledru et Nivet font de même à Clermont-Ferrand. Ils réservent un certain nombre de lits pour hospitaliser des femmes enceintes. C'est grâce à M. le Dr Nivet, que la ville de Clermont-Ferrand aura reconstitué sa Maternité et son Ecole d'accouchements ; il consacre une partie de sa fortune à cette bonne œuvre. On ne peut que lui adresser de sincères félicitations pour avoir voulu terminer si généreusement son honorable carrière. Puisse son exemple être suivi ! »

P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 29 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. E. LABBÉ.

M. COMBY fait une communication sur la *nature et l'étiologie de la chorée de Sydenham*, dans laquelle il se rallie à l'opinion de M. JOFFROY qui considère cette affection non comme de nature rhumatismale, mais comme une névrose cérébro-spinale d'évolution. Sur 90 cas de chorée survenus chez 58 filles et 32 garçons, l'orateur a trouvé 20 fois une anesthésie complète du pharynx, 6 fois une anesthésie cutanée, 5 fois l'incontinence nocturne des urines. Un grand nombre des petits malades ont dans leurs antécédents héréditaires la folie, l'hystérie, la chorée, l'épilepsie, les névralgies diverses et *exceptionnellement* le rhumatisme. La relation pathogénique du rhumatisme à la chorée ne peut être admise que lorsque les 2 manifestations rhumatismale et choréique se succèdent immédiatement ou prochainement. Il n'en est pas de même si elles sont séparées par un intervalle de plusieurs semaines, plusieurs mois ou plusieurs années. Le salicylate de soude n'agit pas sur la chorée ; les médicaments nerveux rendent au contraire de grands services, ce qui vient encore à l'appui de l'idée de l'origine nerveuse de la maladie.

M. D'HEILLY. — Tout le monde sait que les manifestations abarticulaires du rhumatisme ne sont pas justiciables de l'action du salicylate ; son inefficacité contre la chorée ne saurait donc être considérée comme un argument de valeur.

M. POTAIN cite des cas de chorée manifestement rhumatismale.

M. SEVESTRE expose un fait non moins concluant : un enfant de 9 ans contracte un rhumatisme articulaire aigu, quelques jours après il devient choréique et finalement est pris d'endocardite. La chorée a donc servi de trait d'union entre les deux autres manifestations rhumatismales.

M. CADET DE GASSICOURT. — Toutes les chorées ne sont pas de nature rhumatismale, mais il est des cas où l'influence du rhumatisme est indéniable. L'alternance des accidents choréiques et rhumatismaux dans ces cas permet de songer à une cause unique portant alternativement son action sur les séreuses articulaires et sur le système nerveux.

M. RAYMOND fait remarquer que cette alternance a été signalée pour la première fois par Murchison et qu'il en a lui-même rapporté plusieurs cas dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. BARIÉ croit, d'après ses recherches très étendues, au rapport très étroit entre le rhumatisme et la chorée.

M. CHANTEMESSE. — Il y a cependant des chorées indépendantes du rhumatisme et qui relèvent manifestement de l'hystérie, tout en revêtant le masque de la *chorée de Sydenham*. Tel est celui-ci : une jeune fille, à la suite d'un traumatisme, devint choréique à type Sydenham, mais en même temps elle présente de l'ovaralgie, de l'hémianesthésie pharyngienne et cutanée. L'application d'un aimant fait disparaître les accidents; il s'agit donc bien là de chorée hystérique.

M. RAYMOND. — Il ressort simplement du fait de M. Chantemesse que le tremblement hystérique peut simuler la chorée, de même que tous les autres types de tremblement.

M. CADET DE GASSICOURT. — L'anesthésie du pharynx, très commune chez les enfants, n'est pas chez eux un signe certain d'hystérie ; on ne peut donc s'appuyer sur lui pour affirmer la nature hystérique d'une chorée.

M. RENDU confirme l'opinion de M. Cadet de Gassicourt relativement à la fréquence de l'anesthésie pharyngée chez les enfants. L'anesthésie cutanée a une plus grande valeur, car jamais on ne l'observe dans la vraie *chorée de Sydenham*.

M. CADET DE GASSICOURT. — L'observation de M. Rendu est parfaitement juste. L'anesthésie permet d'affirmer la nature hystérique de la maladie qui n'est plus dès lors la chorée de Sydenham, mais un ensemble symptomatique hystérique qui simule cette maladie.

M. RENDU communique, au nom de M. LABOULBÈNE, les

observations de 2 malades qui ont rendu, au moyen de la Peltiérine, l'un 21 têtes, l'autre 35 têtes de *Tænias internes.*

L.-R. REGNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TERRIER.

M. CHÉNIEUX (de Limoges) a, dès 1885, fait une *hystérectomie abdominale avec pédicule réduit* dans le ventre. Il employa à cette époque la ligature au catgut et cautérisa au thermocautère le pédicule. (Voir cette observation dans le *Journal de médecine de la Haute-Vienne*, 1885). Depuis il a fait plusieurs fois cette opération ; mais il emploie maintenant la soie pour faire les ligatures du pédicule. Il n'a jamais drainé. Il fait ses réserves sur la ligature avec un fil élastique.

Discussion sur les Hernies inguinales de la Femme.

M. BERGER. — Les hernies inguinales que j'ai observées chez la femme se divisent en deux groupes de faits : 1° Les hernies manifestement *acquises*, dont le sac est libre de toute adhérence, partout facile à isoler, puisqu'ici il n'y a pas de cordon à ménager ; 2° Les hernies *congénitales*, dont le sac est très adhérent au ligament rond. La séparation du sac et du ligament est difficile et l'on ne parvient souvent à isoler de ce côté qu'un feuillet séreux pas plus épais que de la baudruche et aussi transparent. Ce qui prouve que dans ces cas il s'agissait bien de hernie congénitale, c'est que dans deux d'entre eux il trouva, en avant du sac, dans la grande lèvre, des kystes du canal de Nuck, qu'on appelle hydrocèle de la femme. Dans la dissection assez laborieuse qu'on a à faire dans ces cas, il importe peu qu'on enlève un peu du ligament rond. Parfois, au cours de l'opération, on peut attirer à l'extérieur la trompe, qu'il a eue plusieurs fois sous les doigts; mais il n'a jamais vu l'ovaire. Le *Manuel opératoire*, auquel M. Berger a recours, diffère un peu de celui de M. Championnière. Le sac étant réséqué, il passe les deux chefs de la ligature qui étreint le collet de ce sac, l'un en dedans, l'autre en dehors, à l'aide d'une aiguille mousse, à travers les parois abdominales par le procédé de Barker. En étreignant cette ligature, on attire le pédicule en haut, au-dessus du point où peut se produire un infundibulum : on remplace de la sorte la dépression normale par une saillie. En même temps on diminue ainsi les dimensions de la partie supérieure de l'anneau inguinal profond. Avant la dissection du sac jusque dans le ventre, M. Berger commence par inciser l'aponévrose du grand oblique dans toute l'étendue de la paroi antérieure du canal inguinal, de façon à bien voir le collet du sac. Après avoir ouvert le trajet, il fait récliner en haut le bord inférieur du petit oblique qui adhère au collet du sac. La partie postérieure du trajet inguinal étant en général amincie, M. Berger reconstitue d'abord cette paroi postérieure. Pour cela, il fait une suture en surjet ou à points entrecoupés, réunissant d'une part la lèvre postérieure de l'arcade de Fallope, d'autre part l'aponévrose du transverse (le tendon conjoint des Anglais). Cette série de sutures fronce la paroi profonde du trajet et détermine une union très solide entre ces diverses parties fibreuses. Il se sert de soie, le catgut se résorbant trop vite. Ceci fait, il laisse revenir le petit oblique (chez l'homme il a eu soin de laisser libre l'orifice par où le cordon sort de l'abdomen) et suture ensuite l'aponévrose du grand oblique, de façon à obtenir une cicatrice fibreuse solide à la place de la paroi défoncée. C'est là le procédé de Bassini (*Congrès de Chirurgie allemand de* 1889) qui l'a employé plus de 250 fois, complété par celui de Barker. Pour M. Berger, cette manière de faire, plus complexe en vérité, fournit de meilleurs résultats thérapeutiques que le procédé de M. Championnière.

M. L. CHAMPIONNIÈRE. — Avant de se prononcer pour tel ou tel procédé, il faut attendre que l'on ait un nombre de cas ; de même en ce qui concerne la fréquence relative des hernies acquises et congénitales. Sur 14 cas, 12 fois il a trouvé le sac adhérent au ligament rond ; c'est dire que dans la grande majorité des cas la hernie semble congénitale. Mais le sac est bien plus difficile à isoler du ligament rond que ne l'a dit M. Berger ; cette dissection a été absolument impossible dans presque tous les cas où l'adhérence existait. Si on tentait de la faire, on ne parvenait à isoler qu'une sorte de revêtement épithélial, qui se détachait par parcelles sans aucune consistance. Aussi, le plus simple est-il de disséquer à la fois sac et ligament et de couper ligament et sac le plus haut possible dans le ventre. Pour lui, les lésions des annexes sont très intéressantes dans ces hernies-là ; les annexes sont souvent altérées ou atrophiées ; d'autres fois la trompe et l'ovaire adhèrent au sac, ce qui peut expliquer certains tiraillements douloureux. Il n'y aurait rien d'étonnant à ce que cette hernie, chez la femme comme chez l'homme, soit liée à un mode spécial dans le développement des organes génitaux. Le repiquage du sac, à la façon de Barker, ne présente pas à son avis un grand intérêt. Il faut fendre tout le canal inguinal, aller à la recherche du péritoine abdominal et non pas seulement du collet de la hernie et faire de grandes surfaces cruentées; mais il est inutile de fixer le pédicule à l'abdomen. Il continue à préférer le catgut qui, s'il est suffisamment gros, ne se résorbe pas très vite. La suture des piliers ne sert presque à rien. Bassini fend la paroi postérieure du trajet inguinal un peu flasque pour la reconstituer ensuite. D'après M. Championnière, il n'y a aucune raison pour fendre cette paroi, surtout chez la femme où elle a une épaisseur spéciale, où elle peut servir de piédestal à la hernie. La suture méthodique des 2 parois du trajet est aussi une manière de faire un peu théorique. Ce sont là des détails exagérés. Une bonne dissection, de larges surfaces cruentées, voilà ce qui importe. D'ailleurs, les résultats de la cure radicale de la hernie chez la femme sont bien meilleurs encore que chez l'homme, ce qui se conçoit facilement.

M. BERGER a opéré 7 fois des hernies inguinales chez la femme : dans 3 cas il s'agissait de hernie congénitale; 1 fois il y avait hernie inguino-interstitielle, de même congénitale ; dans 3 autres faits, la hernie était acquise et le sac libre d'adhérences. Il n'attache, il est vrai, qu'une faible importance à la modification de Barker; mais, à son avis, le procédé de Bassini constitue un progrès : n'est-ce pas une suture à étages et ne sait-on pas que dans la laparotomie cette suture permet de mieux reconstituer la paroi abdominale.

M. TERRIER lit un rapport sur une observation de *crâniectomie, pour épilepsie Jacksonnienne*, faite par M. VERCHÈRE. La trépanation dans l'épilepsie généralisée ne donne pas jusqu'à présent des résultats bien nets. Dans l'épilepsie Jacksonnienne (localisée et pressentie à l'avance par le malade), les résultats sont variables, suivant que celle-ci est d'origine traumatique ou spontanée. Dans l'épilepsie traumatique, on obtient presque toujours de très bons résultats; pour l'épilepsie Jacksonnienne spontanée ou survenue après un léger traumatisme, la question est encore à l'étude. Le fait de M. Verchère, comme bien d'autres d'ailleurs, montre cependant qu'on peut obtenir un résultat fort appréciable. Un enfant de 12 ans se heurte la tête sans perte de connaissance; le traumatisme est insignifiant (pas de plaie). 15 jours après, crises d'épilepsie Jacksonnienne, commençant par la main droite. Opération en avril 1890. Large brèche à la voûte crânienne permettant de bien voir la scissure de Rolando et les circonvolutions voisines. Le cerveau semble faire hernie sous l'influence d'un excès de pression intracrânienne. Amélioration au début, puis nouvelles crises à d'assez longs intervalles. Aujourd'hui l'intelligence est revenue et il ne persiste plus que des très petites attaques, ébauchées, qui passent parfois même inaperçues pour l'entourage du malade. En somme, l'amélioration est très nette dans ce cas, qui date de plus d'un an.—M. Terrier peut ajouter à ce cas l'histoire d'un malade qu'il a opéré à la demande de M. Charcot. Il s'agissait de crises d'épilepsie Jacksonnienne commençant par le gros orteil, accompagnées de phénomènes paralytiques. On diagnostiqua une lésion voisine du lobule paracentral. La brèche crânienne fut assez large. La guérison était opératoirement complète le 10e jour, mais le malade ne fut que partiellement amélioré.—Sur 21 cas analogues publiés, y compris ceux-ci, on a noté 12 guérisons, 6 améliorations, 3 résultats nuls. Ces résultats sont donc encourageants. Toutefois il ne faut pas encore se fier à ces chiffres, certaines opérations ayant été publiées trop tôt.— Comment agit la crâniectomie? Ce n'est pas une question facile à résoudre, dans ces cas où il n'y a pas de lésions macroscopiques. Se basant sur l'étude du Signal-

symptôme, certains auteurs ont proposé d'exciser le centre moteur, alors même qu'il ne présente pas de lésions visibles à l'œil nu (il y en aurait, histologiquement parlant); mais les faits d'amélioration réelle, sans excision, plaide contre cette manière de voir. M. Verchère attribue un certain rôle à la décompression cérébrale : ce pourquoi il défend la trépanation large et la non-réimplantation du lambeau osseux ; mais il faut bien avouer que ce n'est là qu'une hypothèse et qu'elle n'est pas démontrée.

M. Bouilly montre un *nouveau mode d'articulation pour les instruments à deux branches* (ciseaux, pinces, etc.). Il est dû à M. Fabre. Il présente certains avantages.

M. Reynier présente une jeune malade chez laquelle il a fait une *résection de la hanche*. Il avait diagnostiqué une luxation coxofémorale traumatique ancienne. En réalité il s'agissait d'une fracture du col du fémur non consolidée. Cette malade marche bien. Marcel Baudouin.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 2 Juin 1891. — Présidence de M. Brouardel.

M. H. Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, fait connaître qu'une épidémie de *rougeole* a été signalée à Pont-Levoy (Loir-et-Cher). Dans ce village de 2,500 habitants, la maladie frappe cruellement la population pauvre. Un rapport a été demandé au préfet.

M. le Dr Proust fait la communication suivante: Un télégramme de Madrid, du 29 au soir, annonçait qu'une femme habitant une commune de la province de Valence était atteinte du *choléra ;* un médecin envoyé a constaté que les craintes n'étaient pas fondées. Le navire anglais *Sculptor*, qui avait importé le choléra à Camaran, est reparti pour Bombay avec ses pèlerins, qui ont été rembarqués. A Alep, on signale un cas de *choléra.* Deux navires anglais, *Trevaylor* et *Eggiston*, partis de Moulmein (Birmanie), ont été astreints, à Suez, à une quarantaine. Le Conseil d'Alexandrie a déclaré le règlement contre le choléra applicable en Egypte aux provenances des îles Célèbes. Les passagers du navire le *Béarn*, internés au Frioul, ont reçu libre pratique, leur état sanitaire étant excellent. Le convalescent de *fièvre jaune* retenu à Pomègues reprend rapidement des forces. La fièvre jaune persiste à Rio-Janeiro : le nombre des décès y est évalué à 20 par jour.

M. le Dr Bergeron lit un rapport sur un *projet d'amenée d'eau* dans la commune de Dun-sur-Auron (Cher). Le projet est rejeté.

Est également rejeté le rapport de M. Vaillard sur un *projet d'amenée d'eau* par la commune de Dinteville (Haute-Marne).

Sont approuvés deux projets présentés, l'un par la commune du Rioul (Basses-Alpes), dont M. Gariel était rapporteur, et l'autre par la ville de Cholet (Maine-et-Loire), dont M. Chantemesse était rapporteur.

M. le Dr A.-J. Martin lit un rapport sur un projet d'arrêté du projet de Seine-et-Oise en vue de réglementer *l'épandage sur les champs en culture des matières provenant de la vidange des fosses d'aisances.*

Le Comité a adopté un certain nombre de dispositions relatives aux *dépôts temporaires de gadoues et vidanges* et *aux fumiers*, de façon à concilier les intérêts de l'hygiène et de l'agriculture. Il renvoie le vote sur le reste des conclusions à une séance ultérieure.

Société médico-psychologique. — *Prix proposés pour* 1892. — Prix Aubanel: 2,400 francs. — Question : *Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.* — Prix Esquirol : Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale. — Prix Moreau (de Tours): Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1890 et 1891 dans les Facultés de médecine de France sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse. — *Nota.* Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1891, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Médecins Députés. — Dimanche dernier, M. le Dr H. Ricard, ancien interne des asiles de la Seine, a été nommé député du département de la Côte-d'Or.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. — Des soins à donner aux bébés ; par le Dr A. Laurent (Paris, 1891. J.-B. Baillière, éditeur).

II. — Des Sociétés protectrices de l'Enfance. Des immersions dans les sources d'eau froide ; par le Dr A. Laurent (Paris, 1891. J.-B. Baillière, éditeur).

III. — L'Hygiène des petits Enfants; par le Dr Pommageot (Paris, 1891. J.-B. Baillière, éditeur).

IV. — Sur l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée maremmatique chez les enfants; par le Dr Moncorvo (Paris, 1890. Steinheil; éditeur).

V. — Etude sur l'asthme chez les Enfants ; par le Dr R. Blache (Paris, 1890. Asselin et Houzeau, éditeurs).

I. — Ce tout petit livre s'adresse surtout aux jeunes mères, c'est un ouvrage de propagande et de vulgarisation d'hygiène infantile. Il résume les cours d'hygiène de la première enfance que l'auteur a faits à Rouen et à Elbeuf. Enfin, pour accroître l'attrait de la lecture, l'éditeur a joint au texte un certain nombre de gravures sur bois, qu'il aurait dû faire meilleures. En somme cette publication intéresse plus les mères de famille que les médecins.

II. — M. Laurent, se basant sur les résultats obtenus au Havre et à Paris, demande la création, à Rouen, d'un Dispensaire spécial pour les enfants. Il pense que ce Dispensaire rendrait de grands services à l'hygiène infantile. Il donne ensuite des détails sur la fondation de la Société protectrice de l'enfance à Rouen. Il termine enfin par l'étude de certaines pratiques qui portent atteinte à la santé des enfants du premier âge, et notamment des immersions dans les sources d'eau froide. Il n'existerait pas moins de quatorze sources (dans la Seine-Inférieure) qui serviraient à ces immersions superstitieuses. Cependant le nombre de ces immersions diminue d'année en année, la foi s'en va.

III. — Cette brochure, d'un format très modeste, traite succinctement de questions assez importantes et qui peuvent prêter à de longs développements. L'auteur passe en revue successivement l'habillement, la literie, la toilette, les bains, les sorties, l'alimentation (allaitement maternel ou mercenaire, allaitement artificiel, allaitement mixte), le sevrage, la dentition et la vaccination. Chemin faisant il dit quelques mots de la dyspepsie et des convulsions des jeunes enfants. Encore une œuvre de vulgarisation qui s'adresse aux mères, aux matrones, aux sages-femmes.

IV. — Ce travail a paru, l'année dernière, dans la *Revue des maladies de l'Enfance.* L'auteur, qui observe à Rio-Janeiro, dans un milieu tropical et palustre, a obtenu de très bons résultats de l'emploi du salol, que les enfants de tout âge prendraient facilement. Les doses varient de 15 centigrammes à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, suivant l'âge et la gravité des cas traités. Il n'y a jamais eu d'accidents toxiques. Les selles sont rapidement désinfectées et désodorisées.

V. — La question de l'asthme infantile est délicate et controversable. La dissertation que nous a donnée M. Blache ne l'éclaire pas autant que nous l'aurions voulu. Ce qu'il faudrait surtout c'est un nombre, aussi grand que possible, d'observations détaillées et probantes. L'auteur, dans la clientèle choisie qu'il possède, pouvait trouver des matériaux très difficiles à réunir dans les hôpitaux, les Dispensaires et généralement dans tous les milieux hantés par la clientèle indigente. Nous demandons à M. Blache de publier les faits qui servent de base à ses théories. J. C.

Quarantaine et Choléra en Orient. — Près de Massaouah se trouve un poste d'observation, où il paraît que le choléra sévit avec force (Abyssinie). Des quantités considérables d'Abyssins fuient les lieux contaminés et viennent se réfugier à Massaouah ; mais ils sont arrêtés à ce poste, obligés de camper dans la plaine. Là, ces malheureux, après avoir épuisé le peu de vivres qu'ils ont apportés avec eux, meurent littéralement de faim. On a compté jusqu'à deux cents décès par jour. Ces cadavres, en raison de leur nombre, ne peuvent être tous inhumés ; aussi et malgré l'ardeur du soleil, qui transforme un cadavre en momie dans les vingt-quatre heures, les émanations putrides parviennent-elles jusqu'à Massaouah.

CORRESPONDANCE

Vaccine et Variole.

St-Eugène (Alger), 17 février 1891.

Monsieur le Rédacteur en chef,

M. le Dr Fischer, de Karlsruhe, d'une part, et les docteurs Haccius de Lamy et Eternod, de Genève, d'une autre part (1), sont arrivés à d'heureux résultats en inoculant le virus variolique à des veaux et les pustules de ceux-ci à l'espèce humaine. De pareils résultats avaient déjà été obtenus par Thiele, en Russie, 1836 38, par Ceely, en Angleterre, 1839, et enfin en 1882 par Léonard Voigt, directeur de l'Institut vaccinal de Hambourg.

Etant donné l'accueil plus que froid qui a été fait aux travaux et aux procédés de ces derniers médecins, n'y a-t-il pas lieu de craindre qu'un même sort ne soit réservé aux nouvelles tentatives de Fischer, de Haccius et de Eternod?

Thiele et Ceely étaient des novateurs, bien qu'ils n'aient fait que mettre en pratique une idée émise par Turner, et que réussir là où d'autres expérimentateurs, comme Wudrolle, Hunter, avaient échoué. Ils n'en apportaient pas moins une méthode nouvelle et peut-être une doctrine nouvelle. Mais on était à leur époque si près de la grande découverte de Jenner, qu'il faut très probablement attribuer l'avortement de leur pratique à la crainte qu'on eut alors de porter une atteinte, si légère qu'elle fût, à la gloire du médecin anglais.

Pour expliquer l'insuccès de Voigt, on ne peut invoquer la même raison. Cette raison n'est-elle pas due à l'influence des travaux de la commission lyonnaise de 1865? C'est la doctrine de cette commission, en effet, qui paraît faire loi aujourd'hui. Depuis que la théorie pasteurienne avait été acclamée dans le monde entier, quelques esprits avaient espéré que l'on s'empresserait de ranger le premier vaccin connu dans la catégorie des nouveaux venus. Point du tout, on le considère encore comme une variété à part; on en trouve la preuve dans un document tout récent, dans une conférence faite par le Dr Yves-Ménard à la clinique du professeur Pinard (2):

« *Rapports entre le cow-pox, le horse-pox, la vaccine et la variole.* — Quels sont maintenant les rapports entre le cow-pox et le horse-pox, c'est-à-dire entre la vaccine et la variole? La vaccine, préservant de la variole, peut-elle être considérée, comme la variole chez les animaux, identique à la variole chez l'homme? »

« Cette question, d'une importance capitale, a été résolue il y a plus de vingt ans, grâce aux belles recherches expérimentales d'une commission de médecins et de vétérinaires, la *commission lyonnaise*, présidée par le savant Chauveau. Ses conclusions ont été les suivantes:

« 1° La vaccine transmise de l'homme aux animaux donne toujours le cow-pox chez la vache, le horse-pox chez le cheval;

« 2° Au contraire, la variole transmise expérimentalement de l'homme à la vache a donné une éruption qui n'est pas le cow-pox; *elle est si peu le cow-pox que, inoculée à des enfants, elle leur a donné la variole avec toute sa gravité et non pas la vaccine.*

« Ainsi, la vaccine préserve de la variole sans être la variole; elle reste toujours une maladie localisée aux points d'inoculation, une maladie essentiellement bénigne.

« *Vaccination pasteurienne.*—Avant de terminer le chapitre de la pathologie comparée, il me paraît nécessaire d'établir une distinction entre la vaccination vraie et les méthodes de préservation récemment découvertes par M. Pasteur et désignées, aussi par extension, sous le nom de vaccination. La vaccine de Jenner est une maladie naturelle distincte de la variole et donnant cependant l'immunité contre elle, tandis que les vaccins de M. Pasteur donnent, sous une forme atténuée artificiellement, la maladie elle-même dont ils préservent. C'est ainsi que la vaccination charbonneuse inocule un charbon bénin qui prémunit contre les atteintes redoutables de la maladie naturelle. »

Voici ce qui se dit du haut d'une chaire de la Faculté de médecine de Paris; on peut en conclure que les idées de la commission lyonnaise sont encore acceptées, et sans conteste, en France, malgré l'avènement de Pasteur; que dès lors les continuateurs des méthodes de Sacco et de Voigt sont menacés de rencontrer auprès du public médical la même défaveur que leurs prédécesseurs.

Ils méritent cependant d'être encouragés dans leur œuvre, car il ne s'agit pas là d'une question de doctrine pure ou d'une simple affaire de mode.

Il s'agit, en réalité, d'un moyen destiné très probablement à remédier aux défectuosités du vaccin actuel.

« A quoi sert, du reste, de se refuser à l'évidence, de fermer obstinément les yeux sur l'insuffisance notoire de la vaccination dans certaines circonstances? Cet aveuglement systématique diminue-t-il le nombre et la gravité des cas qui dénotent cette insuffisance? Il y a quarante ans, on se demandait déjà, timidement il est vrai, si la vaccine n'avait pas dégénéré. Mais aujourd'hui, ce ne sont plus des inquiétudes isolées qui se manifestent sur la vertu prophylactique du vaccin. De toutes parts sortent des cris d'alarme. On voit se multiplier d'une manière insolite les épidémies varioleuses dans lesquelles vaccinés et non vaccinés sont pris indifféremment, et la prétendue dégénération du vaccin est plus que jamais à l'ordre du jour. Votre commission en sait quelque chose par les demandes de cow-pox qui lui ont été faites en dehors de Lyon et dont la plupart étaient motivées de la même manière: « Notre vaccin a dégénéré; nos vaccinés prennent la petite vérole. » Telle est la situation, d'après la commission lyonnaise; elle est peut-être un peu exagérée, mais il n'est pas douteux qu'elle doive inspirer les plus grandes inquiétudes, car il est certain que le vaccin jennérien a dégénéré. Non seulement sa vertu préservatrice est moins efficace et de moins longue durée, mais il faut encore employer la violence et s'ingénier pour faire pénétrer le virus dans l'organisme. Alors qu'il y a vingt-cinq ou trente ans un simple dépôt de vaccine sous la couche épidermique suffisait pour assurer le succès, aujourd'hui on recommande de faire à la peau de véritables effractions et défricher le plus possible de terrain pour offrir une plus large surface d'ensemencement au virus.

Enfin, le vaccin ne se conserve plus comme autrefois, témoin les préparations qui, depuis le glycérolé jusqu'à la confiture de pulpe, varient à l'infini.

Il y a donc lieu de chercher à améliorer, sinon à changer le vaccin actuel. De quel côté se tourner? Est-ce du côté de la transformation du virus variolique? « Supposons, dit le rapport de la commission lyonnaise, qu'il soit démontré que la variole et la vaccine soient deux affections identiques, et que la seconde dérive de la première, alors il n'y a plus à hésiter sur le choix du vaccin; il faut prendre celui qui est engendré sur les animaux par l'inoculation variolique; et toutes les difficultés attachées à la recherche d'une bonne matière vaccinogène, excellemment inoffensive et préservatrice, se trouvent ainsi levées du même coup.

S'il en est autrement, si la variole communiquée aux animaux est rapportée à l'homme, avec tous les dangers de généralisation de l'éruption chez les sujets inoculés et toutes les menaces de contagion pour ceux qui vivent dans le même milieu, on doit éclairer sur ces dangers et ces menaces les médecins qui poussent à la variolisation médicale ou qui s'y livrent. Que si, enfin, tout en restant elle-même après avoir passé sur les animaux, la variole s'atténue au point de devenir aussi inoffensive que la vaccine, avec une efficacité plus parfaite au point de vue de la préservation, il importe de se demander quel rôle ce vaccin variolique est destiné à remplir. Se tiendra-t-il à côté du vaccin véritable comme un simple auxiliaire? Ne sera-t-il pas appelé un jour à le remplacer?»

Le problème est fort bien posé; il reste à savoir si la solution trouvée par la commission est à l'abri de toute critique et si, par suite, elle doit continuer à faire autorité.

Il est au moins surprenant que cette critique n'ait pas encore été faite, tout au moins à ma connaissance, et que les conclusions des Lyonnais aient eu le rare bonheur d'avoir été d'emblée acceptées sans opposition, et d'avoir eu force de loi par la suite et jusqu'à ce jour, car certains articles de cette loi prêtent largement le flanc à la controverse.

(1) *Semaine médicale*, 31 décembre 1890.
(2) *Médecine moderne*, n° 4, 1891.

Voyons quels sont ces articles :

« 1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine ;

2° Les effets produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument. Chez le bœuf, la variole ne produit qu'une éruption de papules si petites qu'elles passent inaperçues quand on n'est pas prévenu de leur existence. La vaccine, au contraire, engendre une éruption vaccinale type avec des pustules larges et fort bien caractérisées...

Chez le cheval, c'est aussi une éruption papuleuse, sans sécrétion ni croûtes qu'engendre la variole ; mais, quoique cette éruption soit beaucoup plus grosse que celle du bœuf, on ne saurait jamais la confondre avec la horse-pox, si remarquable par l'abondance de sa sécrétion et l'épaisseur de ses croûtes;

3° La vaccine inoculée isolément aux animaux des espèces bovine et chevaline les préserve en général de la variole ;

4° La variole inoculée dans les mêmes conditions s'oppose généralement au développement ultérieur de la vaccine ;

5° Cultivée méthodiquement sur ces animaux, c'est-à-dire transmise du bœuf au bœuf et du cheval au cheval, la variole ne se rapproche pas de l'éruption vaccinale. Cette vaccination reste ce qu'elle est et s'éteint tout à fait ;

6° Transmise à l'homme, elle lui donne la variole ;

7° Reprise à l'homme et transportée de nouveau sur le bœuf ou sur le cheval, elle ne donne pas davantage, à cette seconde invasion, le cow-pox ou le horse-pox.

Donc, malgré les liens évidents qui, chez les animaux comme chez l'homme, rapprochent la variole de la vaccine, ces deux affections n'en sont pas moins parfaitement indépendantes et ne peuvent se transformer l'une dans l'autre.

Donc, en vaccinant d'après la méthode de Thiele et de Ceely, on pratique l'ancienne inoculation, rendue peut-être constamment bénigne par la précaution que l'on prend de n'inoculer que l'accident primitif, mais ayant à coup sûr conservé tous ses dangers au point de vue de la contagion. »

Je reprends une à une ces conclusions :

1° Rien à dire de la première conclusion. Le fait de la transmission du virus variolique humain au bœuf et au cheval est admis aujourd'hui par tous les expérimentateurs.

2° « Aucun des sujets (bœufs inoculés avec la variole) n'a pris le cow-pox. Les inoculations ne sont cependant pas restées absolument sans effet ; toutes ont déterminé la formation de très petites papules rougeâtres. On les a représentées planche VI. Comparez ces papules avec les pustules engendrées par l'insertion du vaccin, et jugez s'il y a possibilité d'assimiler les deux éruptions l'une à l'autre. Ajoutons que ces papules ont toujours disparu rapidement. »

Les papules ont-elles toujours été aussi petites que le dit le rapport? On peut en douter, car, dans une autre partie de ce rapport, il est question de « papules rouges ayant de deux à quatre millimètres de diamètre. » De plus, elles n'ont pas disparu aussi rapidement que l'indique le rapporteur, puisque « elles ont commencé à se développer le deuxième jour et sont arrivées en cinq jours aux dimensions qu'on leur voit sur la figure. Le douzième jour, elles avaient complètement disparu après avoir fourni à leur centre, au point piqué, une croûte noirâtre extrêmement petite. »

Ces remarques, bien qu'utiles, n'ont pas d'autre importance ; ce qui a une autre valeur, c'est l'interprétation du fait observé. Que les papules obtenues à la première génération n'aient pas présenté les caractères de cow-pox ou de horse-pox, quoi d'étonnant à cela ? Le cow-pox chez le bœuf, comme le horse-pox chez le cheval, est la manifestation locale d'une maladie générale naturelle chez ces animaux, ainsi que Depaul l'a parfaitement montré, manifestation qui est différente de l'éruption répandue sur tout le corps, en raison de la structure de la peau, plus fine et plus délicate là où elle apparaît. Mais la maladie générale, la variole du bœuf, tout en se rapprochant du type de celle de l'homme, n'est évidemment pas absolument identique, point par point, à cette dernière ; il en est de cette maladie des animaux comme de tant d'autres par rapport à celles de l'homme. Alors, il n'est point surprenant qu'en portant la variole humaine sur un animal, on n'arrive pas de prime abord à reproduire la maladie générale propre à cet animal ; on détermine une éruption localisée, mixte en quelque sorte, qui participe à la fois de la pustule variolique et de la pustule vaccinale.

Si telle est la vraie raison de la production immédiate d'une pustule vaccinale, en cultivant les premières papules obtenues sur le même terrain, celles-ci devront, en s'adaptant petit à petit au milieu, évoluer de façon à prendre, au bout d'un certain temps, les caractères de la pustule vaccinale, c'est-à-dire de la pustule qui sera la manifestation locale de la variole humaine transformée en variole bovine.

Et c'est ce qui arrive ! Ce n'est qu'après plusieurs générations que Voigt, Fischer, Eternod et Haccius obtiennent des pustules en tout semblables à celles du cow-pox (1).

Chez le cheval « l'éruption papuleuse qui se développe aux points inoculés est tellement évidente qu'il n'y a pas à concevoir le moindre doute sur la réalité de son existence et sur sa spécificité. Peut-être même ce magnifique développement de papules varioliques pourrait en imposer à des yeux peu exercés et faire croire à l'existence d'un véritable horse-pox. C'est une erreur qui serait facilement commise au début de l'éruption, mais à ce moment seulement. En effet, le horse-pox, comme le cow-pox, beaucoup mieux que le cow-pox, est caractérisé par la manifestation d'une sécrétion et la formation d'une croûte, et ces deux phénomènes manquent aussi bien dans la variole équine que dans la variole bovine. »

Comme on voit, chez le cheval il y a, au moins au début, un *magnifique développement* de papules, et des yeux *exercés* seuls peuvent différencier celles-ci de celles du horse-pox. La ressemblance disparaît par la suite, il est vrai; il n'en est pas moins démontré qu'il y a chez le cheval, dès la première génération, une tendance plus accentuée que chez le bœuf à reproduire la manifestation vaccinale. Affaire de terrain plus propice probablement ; et il y a des présomptions pour croire que dans ce terrain l'évolution serait plus rapide que dans celui du bœuf.

En somme, les faits observés par la commission sont exacts; c'est leur interprétation qui est critiquable. Il est certain que les inoculations varioliques sur les animaux n'amènent pas d'emblée des pustules de cow-pox et de horse-pox ; mais il est non moins certain, d'après les dernières expériences, que, par la culture sur des organismes appropriés, les premières papules se transforment en pustules typiques vaccinales. Je reviendrai sur ce dernier point à propos de la conclusion n° 5.

3° et 4° Ces conclusions sont extrêmement importantes, puisqu'il est reconnu que la vaccine inoculée préserve les animaux de la variole inoculée, et que la vaccine inoculée préserve de la vaccine inoculée.

Sur les animaux, l'expérimentation a donc démontré ce que l'observation avait appris pour l'homme, et cette expérimentation permet, à mon sens et contrairement aux déductions de la Commission lyonnaise, de conclure pour ainsi dire mathématiquement : inoculation variolique = variole ; vaccine = variole. Donc, en vertu du principe que deux quantités égales à une troisième sont égales entre elles : inoculation variolique = vaccine, à moins que l'on admette que ces deux termes soient dissemblables, mais capables cependant de produire les mêmes résultats, ce qui serait d'abord contraire à tout ce que nous connaissons aujourd'hui en pathologie expérimentale. Ensuite, ces facteurs sont-ils si dissemblables ? La Commission leur reconnaît « des liens évidents », que le degré de parenté entre eux aille jusqu'au cousinage ou soit plus étroit, ils n'en sont pas moins de la même famille. Pourquoi donc établirait-on une différence aussi tranchée entre eux ?

La Commission a aussi recherché les résultats de l'inoculation simultanée de la variole et de la vaccine aux animaux de l'espèce bovine. Elle a très heureusement reproduit expérimentalement le fait bien connu du développement simultané chez l'homme de la variole et de la vaccine. Seulement elle s'en est tenue à l'interprétation qui a été donnée du fait pathologique chez l'homme. On a, en effet, de ce développement

(1) Pour expliquer les résultats obtenus par Thiele, Ceely et Voigt, on a dit qu'ils avaient employé des lancettes ayant déjà servi à inoculer du vaccin. On doit espérer qu'on ne s'en tiendra pas à cet unique argument vis-à-vis des derniers expérimentateurs.

simultané, conclu à une différence profonde entre les deux causes productives. N'y a-t-il pas lieu de se demander si cette interprétation est bien la vraie ? Je pencherais volontiers pour la négative, en m'appuyant sur les faits d'observation suivants. Dans la variolisation humaine, n'a-t-on pas vu souvent et ne voit-on pas — car elle se pratique encore dans certaines tribus de l'Algérie — les boutons d'inoculation se développer en même temps que les boutons d'une variole ? Il est vrai que dans ces cas il est difficile de faire la part de ce qui appartient à l'infection généralisée après l'inoculation et à l'infection générale ordinaire ; mais avec un peu d'attention, il n'est pas impossible d'y arriver. L'évolution des deux éruptions et les symptômes généraux permettent de faire cette distinction. Eh bien ! dans ces cas, a-t-on jamais songé à dire que l'organisme vait subi l'action de deux virus différents ?

Du côté de la vaccine, ne voit-on pas également des éruptions vaccinales généralisées se produire, soit en même temps que les boutons d'inoculation, soit secondairement, c'est-à-dire après la disparition de ceux-ci, que ces éruptions proviennent d'auto-inoculation ou de généralisation de la vaccine introduite par les voies digestives ? N'a-t-on pas observé, depuis Trousseau, le développement des pustules vaccinales, en pratiquant des inoculations, 10, 15 et même 21 jours après la vaccination initiale ? En a-t-on conclu à une différenciation entre les virus qui produisaient ces éruptions simultanées ou secondaires ?

Je crois donc, puisque l'interprétation en question paraît encore avoir cours aujourd'hui, qu'il importerait de l'étudier de plus près avant de la maintenir définitivement.

5° Dans les essais de culture, c'est-à-dire dans les essais de transmission du bœuf au bœuf de l'éruption engendrée par l'inoculation variolique, « les effets ont été bien moins marqués que sur les premiers sujets. Nous pouvons même affirmer que sur un jeune taurillon ils ont été entièrement nuls... Donc, la culture du virus variolique sur l'espèce bovine, bien loin de rendre plus apparents les caractères de l'éruption qu'il engendre, diminue l'activité de ce virus avec une telle rapidité qu'il ne produit plus d'effet appréciable à la seconde génération. »

On remarquera qu'il ne s'agit que d'*une seule* expérience. La commission, peu encouragée par un résultat nul ou qui lui a paru insignifiant, n'a pas poussé plus loin l'expérimentation. Elle aurait dû ou tenter une troisième génération, même avec les très petites papules de la deuxième, ou faire de nouvelles tentatives en vue de voir si elles n'obtiendraient pas de meilleurs résultats en seconde génération. Ne s'est-elle pas trop hâtée de conclure, car elle ne devait pas considérer les expériences de Voigt comme négligeables ? Voici maintenant trois médecins qui nous annoncent qu'ils ont obtenu, eux, un succès complet. Les médecins suisses affirment que « déjà, au bout de la seconde à la troisième génération, la pustulation tend à devenir typique, en prenant de plus en plus les caractères et la marche de l'éruption vaccinale. Ajoutons encore qu'à la troisième génération un spécialiste aurait assurément de la peine à distinguer nos pustules d'avec celles qu'on obtient dans les instituts vaccinaux par l'inoculation, à la première génération, de cow-pox spontané. »

La cinquième conclusion de la commission doit donc être réservée. Les faits dus aux expérimentateurs suisses l'infirment absolument ; mais, étant donnée la haute valeur des expérimentateurs lyonnais, il y a lieu de s'en remettre à eux pour porter un jugement définitif sur la culture méthodique des inoculations varioliques.

6° Retour à l'homme du virus variolique qu'on a fait passer par l'organisme du bœuf. Au point de vue pratique, c'est-à-dire au point de vue de l'utilisation comme vaccine de l'inoculation variolique, c'est certainement l'article le plus important. Malheureusement, dans ce cas aussi, la commission s'est arrêtée dès le début, et, il faut bien le dire, sa seule expérience a été bien mal inspirée : « Un enfant est inoculé avec de la sérosité provenant d'une papule chez une vache variolée... Le 17 mars, on constate sur l'une des piqûres un bouton qui se développe les jours suivants en prenant tous les caractères d'une pustule vaccinale. Le 22 mars, la pustule est large, blanche, ombiliquée. Tout autour existe une aréole rougeâtre, très irrégulière à sa périphérie et couverte à sa surface de petits boutons d'apparence vésiculeuse. Les autres piqûres ont décidément échoué. Le 23 mars, l'enfant présente de la fièvre bien manifestement. Il y a déjà deux jours qu'il dort mal. Il tette peu et vomit souvent. On l'examine alors avec soin et l'on constate la présence d'un grand nombre de petits boutons sur la face et sur le tronc.

Le 24 mars, tous ces boutons représentent de fort belles pustules varioliques, la plupart ombiliquées, formant une éruption quasi confluente. L'enfant a peu de fièvre, mais il tousse beaucoup et la toux provoque des vomissements alimentaires. Le 1er avril, les pustules sont en pleine dessication. La fièvre a cessé, et l'enfant peut être considéré comme étant complètement revenu à la santé. »

Telle est la seule épreuve tentée sur ce point. La commission la regarde comme concluante ; elle l'est en effet, car elle montre ce que tous les expérimentateurs avaient déjà montré, c'est-à-dire qu'il y a grand danger à se servir des papules de première génération, lesquelles évidemment tiennent au moins autant de la variole que du vaccin. Ce qui est très heureux, et ce qui aurait dû engager la commission à reprendre une culture méthodique, c'est que l'enfant n'ait pas été plus malade.

Avec la pustule vaccinale de cet enfant, on inocule un autre enfant. Le 29 mars, le développement des boutons est complet. Ils ressemblent à s'y méprendre à des pustules vaccinales et sont pris pour telles par plusieurs personnes compétentes. Le 30, deux petites vésicules apparaissent autour de l'un des boutons. Le 3 avril, quelques pustules de variole (une quinzaine en tout) apparaissent sur la face et sur d'autres points du corps. L'enfant ne semble pas malade. Cette éruption générale légère disparaît rapidement sans laisser de traces.

L'atténuation est aussi nette que possible. Tout indiquait, si l'on abandonnait la culture du virus sur l'animal, de la continuer sur l'homme, puisque les accidents généraux allaient en s'amendant. Mais la commission a reculé par excès de prudence. On avait mis les deux enfants ainsi vaccinés dans une salle où se trouvaient d'autres nourrissons, et parmi eux un non vacciné. « Celui-là prend une variole faible, ressemblant beaucoup à celle de l'enfant n° 2, c'est-à-dire présentant tous les symptômes de la varioloïde... Est-ce téméraire d'attribuer le développement de cette éruption à la contagion par les deux enfants sur qui la variole était en train d'accomplir son évolution ? Mais ce n'est pas tout : La mère prend une varioloïde. Cette fois, Messieurs, nous croirions pousser la réserve beaucoup trop loin, si nous nous permettions de vous demander si elle a été contagionnée par son enfant. » Tout cela n'était pas bien grave ; la commission, sans faire preuve d'imprudence, eût certainement pu aller plus avant afin de savoir ce que deviendraient ou ce que provoqueraient les inoculations suivantes :

« La peur de créer et d'entretenir un foyer de contagion dans les salles de la Charité, où nous étions forcés d'agir avec la plus grande circonspection, nous a empêchés de poursuivre les expériences nécessaires pour nous renseigner sur ce point. » Ce sentiment est très louable assurément ; mais n'a-t-il pas été exagéré dans la circonstance ?

En définitive, la commission ne devait pas, de sa seule expérience et dans les conditions où cette dernière a eu lieu, conclure comme elle a conclu.

7° Retour au bœuf du virus variolique. Avec de la sérosité provenant des pustules du deuxième enfant, on inocule deux animaux. On ne constate que des papules presque microscopiques aux points piqués, et avec des produits de ces papules on essaie une nouvelle inoculation qui ne donne rien.

La conclusion est prise après cette seule expérience : c'est bien hâtif. En tout cas, la commission ne pouvait obtenir du cow-pox, puisqu'elle reconnaît n'avoir recueilli jusqu'à ce moment que la variole à peine atténuée.

En résumé, la commission lyonnaise me paraît ne pouvoir justifier non seulement quelques-unes de ses conclusions de détail, mais encore la conclusion finale, dont l'importance est considérable, à savoir « qu'en vaccinant d'après la méthode de Thiele et de Ceely, on pratique l'ancienne inoculation. » En réalité, la commission n'a pas vacciné d'après la méthode de

Thiele, de Ceely et de Voigt ; elle a reporté à l'homme de la variole non encore transformée ; de là ses mécomptes et ses craintes pour l'avenir.

Les succès obtenus par les médecins suisses, qui, avec de la variole confluente, récoltent des pustules « superbes » à la quatrième génération, ne laissent aucun doute sur la valeur des méthodes de Thiele et de ses continuateurs. Mais c'est aux médecins lyonnais eux-mêmes que revient le soin de juger en dernier ressort. L'impression qu'ils ont produite par leur arrêt dans le public médical est telle qu'eux seuls peuvent ou confirmer ou infirmer cet arrêt ; et ils ne sauraient maintenant se refuser à accepter un devoir qui est une conséquence de leur haute situation scientifique. S'ils déclarent s'être trompés, ou plutôt être allés trop loin dans leurs conclusions et pas assez loin dans leurs expériences, personne n'aura le mauvais goût de leur en faire un grief. Si, au contraire, ils maintiennent leurs premières conclusions, nous n'aurons tous qu'à nous incliner.

En tout cas, une revision s'impose aujourd'hui : D'abord, parce qu'il importe au plus haut point de savoir à quoi nous en tenir sur la valeur et l'innocuité du vaccin obtenu à l'aide de la culture de la variole. Puisque de toutes parts il est reconnu que le vaccin actuel est dégénéré, — ce qui pourrait bien un jour amener une grave réaction contre le principe même de la découverte de Jenner,— il faut à tout prix lui en substituer un autre ou lui rendre les propriétés qu'il a perdues.

Ensuite, parce qu'au point de vue scientifique il est nécessaire d'établir, une fois pour toutes, l'identité ou la non-identité de la variole et du vaccin (1). A notre époque, vu les doctrines en cours aujourd'hui, il n'est guère possible d'admettre deux espèces de vaccins, les uns n'étant que les virus atténués des maladies (2), les autres agissant en vertu d'un antagonisme particulier. Si, par cas, il en était ainsi, la chose vaudrait la peine qu'elle fût affirmée d'une façon péremptoire et en quelque sorte officielle.

Il y a donc lieu à revision, et elle ne peut être confiée à de meilleures mains qu'aux mains expérimentées de ceux qui ont fait la loi. La parole est aux maîtres ! Nous attendons d'eux la bonne parole, c'est-à-dire la Vérité. Dr TROLARD (d'Alger).

(1) Pendant quelques années, le microscope avait tranché la question, en différenciant les microbes du vaccin de ceux de la variole. Mais, d'après le Dr Yves-Ménard lui-même, il faudrait abandonner aujourd'hui ce critérium, l'existence des microbes vaccinaux n'étant pas plus établie que celle des microbes varioleux.

(2) Si, comme cela est probable, on reconnait l'unicité du vaccin et de la variole, on ne devra pas oublier que, dès 1863, Depaul avait posé les aphorismes suivants : « 1° Il n'existe pas de virus-vaccin ; 2° Le prétendu virus que l'on considère comme l'antagonisme, le neutralisant du virus varioleux n'est autre que le virus varioleux lui-même ; 3° Les espèces bovine et chevaline sont sujettes à une maladie éruptive qui est identique, quant à sa *nature*, avec la variole de l'espèce humaine ; 4° Il est à peu près démontré qu'il en est de même pour plusieurs autres espèces animales (porcs, moutons, chèvres, chiens, singes). Je suis moins affirmatif en ce qui concerne ces derniers animaux, parce que je n'ai pas encore une opinion personnelle suffisante ; 5° Les phénomènes locaux et généraux que présentent les animaux sont les mêmes que ceux observés chez l'homme ; il n'y a de différence, quant aux pustules, que dans celle qui dépend de la structure de la peau et de la présence de poils nombreux !!... »

Anesthésie locale : Chlorure d'Ethyle.

Genève, 21 mai 1891.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai entretenu le Congrès de Chirurgie (Congrès de mars-avril), d'un nouveau moyen pour anesthésier localement. Depuis deux ans j'ai constamment eu recours à ce moyen-là, et après certaines modifications apportées soit aux tubes, soit à la préparation du chlorure d'Ethyle, je déclare ne pas connaître comme anesthésique local de corps plus merveilleux.

Il n'agit pas seulement par la réfrigération, car j'ai vu des anesthésies locales persister de deux à quatre minutes. Ce corps est en outre un excellent antiseptique ; j'étudie dans ce moment son pouvoir destructif des micro-organismes.

Je me fais un vrai plaisir de vous adresser quelques observations faites par moi et mes collègues, ces derniers jours, et je vous serais reconnaissant de vouloir bien les insérer dans votre estimable journal.

OBSERVATION I. — Faite par moi à l'Asile des vieillards de Genève, en février 1891 : Mme M..., âgée de 68 ans, est atteinte d'un zona intercostal unilatéral gauche (7-8). La maladie suit la marche normale, et après huit jours les pustules font place à un semis cicatriciel blanc. Les douleurs persistent, la malade ne peut pas dormir. Un traitement général est institué. Pas d'améliorations à la sixième semaine, insomnie persistante due à la douleur lancinante de la région intercostale. Je lui fais, le vendredi 27 mars, une simple pulvérisation de chlorure d'Ethyle (un tube, contenance 10 grammes). La douleur disparait comme par enchantement; aujourd'hui 20 mai, je la revois, la guérison est complète. La malade n'a plus ressenti de douleurs depuis le 27 mars, l'appétit est revenu ainsi que le sommeil. Impossible de voir une observation plus concluente. Elle vient à l'appui de celle publiée par Rongier, de Lyon. (*Bulletin médical et du dispensaire général de Lyon*, n° 10, octobre 1890).

OBS. II. (Dr Wisard). — *Anesthésie locale et chlorure d'Ethyle*. Enfant, L..., 9 ans, se présente chez moi le vendredi 1er mai. Depuis plusieurs jours il a remarqué que son médius gauche avait beaucoup augmenté de volume ; il éprouvait d'intolérables douleurs dans toute la main ; l'enfant ne se rappelle ni s'être blessé ni piqué.

Je constate une tuméfaction diffuse envahissant non seulement le médius gauche, mais encore la paume de la main ; je diagnostique : panaris profond de la gaine des fléchisseurs et je me décide à faire l'incicion séance tenante. Après avoir anesthésié la partie malade à l'aide d'une pulvérisation de chlorure d'Ethyle, j'incise largement la paume de la main, ainsi que le médius malade. Je suis obligé de mettre deux pinces hémostatiques et de lier deux branches de l'arcade palmaire superficielle coupées pendant l'opération.

Pendant tout le temps l'enfant n'a manifesté aucune douleur ; la plaie est pansée avec de la gaze iodoformée et de la ouate phéniquée Le 6 mai, l'enfant se présente de nouveau à ma consultation et je trouve la plaie complètement cicatrisée.

OBS. III. — La seconde observation est presque en tous points semblable à la précédente. Il s'agit également d'un enfant de l'orphelinat, atteint d'un panaris sous-dermique du pouce droit que j'ai incisé le 6 mai, après avoir préalablement anesthésié la partie à l'aide du chlorure d'Ethyle, suivant le procédé du Dr Redard. Le jeune malade n'a éprouvé aucune douleur pendant cette opération si douloureuse, ainsi que peuvent le constater tous ceux qui ont eu l'occasion d'en opérer beaucoup.

J'emploie du reste exclusivement ce procédé du chlorure d'Ethyle dans la clientèle ouvrière de l'Hospice Général : les observations sont trop nombreuses et trop banales pour les citer toutes. Aucun de mes malades n'a éprouvé la moindre douleur pendant l'opération ; le procédé est simple, à la portée de chaque praticien, qui peut l'appliquer dans son cabinet, et je pense que dorénavant on ne sera plus obligé d'employer l'anesthésie générale pour une foule d'opérations de petite chirurgie, qui seront ainsi justiciables du chlorure d'Ethyle.

Recevez, honoré confrère, avec mes salutations empressées, l'assurance de ma haute considération. Pr REDARD.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Pratique des vaccinations et des revaccinations dans l'armée.* — Le Comité technique de Santé vient d'appeler l'attention du Ministre sur la nécessité de veiller à la propreté individuelle des sujets à vacciner et à revacciner ; déjà, ils doivent avoir lavé leurs bras pour se présenter aux médecins qui, avant de pratiquer l'opération, font encore laver avec de l'eau bouillie la région à inoculer. Le Comité propose d'étendre cette prescription aux mains qui, chez les cavaliers surtout, sont si fréquemment souillées de matières de toute nature, et au linge de corps, la chemise par exemple. Celle-ci devrait, autant que possible, être fraîchement blanchie, et il y aurait lieu de faire coïncider de préférence les opérations de la vaccination avec les jours où se fait l'échange du linge de corps. Le Comité rappelle qu'il est extrêmement important, afin d'éviter les compressions douloureuses, de pratiquer les piqûres ou scarifications à la face externe et moyenne du bras, *sous la saillie du deltoïde*. Le Ministre de la guerre a approuvé ces propositions.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *U. de Prague.* — Le recteur de l'Université de Prague a réprimandé les étudiants pour la démonstration faite à l'occasion du départ des étudiants français. Il a défendu, sous peine d'exclusion, de participer à des démonstration politiques à l'avenir.

BIBLIOGRAPHIE

La Grande Chirurgie de Gvy de Chavliac; par E. Nicaise. Félix Alcan, éditeur, Paris, 1891.

A en juger par la facilité avec laquelle de nos jours les auteurs d'ouvrages didactiques so copient les uns les autres, il devait être joliment difficile, en 1363, d'écrire un Traité de Chirurgie ! A cette époque il n'existait aucune source sérieuse, où l'on pouvait largement puiser. Ce n'est pas à dire que déjà on n'eût point publié de livres du même genre (1); mais ils étaient fort incomplets et Guy dut tirer profit — à voir ce qu'il a écrit — autant de son expérience que de ses lectures. Ne dit-il pas d'ailleurs lui-même : « Mais je m'esbays d'une chose, c'est qu'ils (ses prédéoesseurs) se suivent comme des grües, car l'un ne dit que ce que l'autre a dit. » *Nil novi sub sole !*

Aussi la nouvelle édition des œuvres de ce chirurgien que vient de faire paraître M. le Dr Nicaise doit-elle attirer l'attention de tous les amoureux du passé, de tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la chirurgie. Il s'agit bien là d'une œuvre personnelle, malgré ses allures de résumé ou de manuel, d'une œuvre qui a joué un rôle considérable dans tout le moyen âge.

C'est d'ailleurs un des ouvrages les plus soignés sortis de la librairie Alcan. L'exécution typographique est parfaite ; à peine çà et là aperçoit-on, — encore faut-il y mettre certaine bonne volonté, — quelques peccadilles de prote; le tirage du texte et des gravures a été très surveillé, les caractères bien choisis, l'agencement général du volume fort bien compris : qualités rares, quoiqu'on en dise, dans les publications médicales modernes. MM. Nicaise et Alcan ont voulu faire là une édition de luxe: ils ont pleinement réussi. Tous les bibliophiles applaudiront des deux mains, même au choix du papier. Tous ces détails sur lesquels il serait ridicule d'insister, s'il s'agissait d'une œuvre ordinaire, méritent au contraire d'être mis en relief dans le cas particulier. C'est ce qui fait le prix, la grande valeur historique d'un ouvrage, tiré comme celui-ci à un très petit nombre d'exemplaires.

M. Nicaise nous offre d'abord un texte aussi complet, aussi exact que possible. Que de patience ne lui a-t-il pas fallu pour collationner textes latins ou français, manuscrits ou imprimés? Il y a ajouté une curieuse étude de la chirurgie au moyen âge et surtout une biographie de Guy de Chauliac, ce qui n'avait pas encore été tenté. Inutile d'ajouter que, pour cette rédaction, il a utilisé des documents inédits, qu'il a eu la bonne fortune de rencontrer. Le volume se termine par un glossaire, qui rendra de réels services à tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec la langue de cette époque.

Nous signalerons surtout la notice biographique. M. Nicaise n'a pas hésité à aller visiter le lieu de naissance du grand chirurgien. Ce petit voyage à Chauliac, dans le Gévaudan, sur les flancs du mont Mongerine, perdu au milieu des montagnes de la Lozère, ne montre-t-il pas, à lui seul, avec quelle conscience l'auteur a dû s'acquitter do sa tâche ! Il est bien regrettable que la légende qui seule fait connaître l'enfance de Guy ne soit pas mieux établie; en tous cas, elle nous a rappelé l'histoire triste, mais authentique celle-là, de ce pauvre Marie Rouault, géologue breton, qui de berger devint paléontologiste. On lira avec intérêt les relations de Guy de Chauliac avec Pétraque ou du moins le peu que l'on en sait.

Toute la partie bibliographique mérite les plus grands éloges. A parcourir ces pages, on verra quelles longues heures ont dû être consacrées au dépouillement de tous ces vieux manuscrits, à l'examen des pièces justificatives. Il faut avoir entrepris soi-même des travaux de ce genre pour se rendre compte de la peine que doit se donner un auteur aussi passionné pour son sujet, s'il veut toucher au but. Ce chapitre est écrit avec une sûreté de main dont serait fier un diplômé de l'Ecole des Chartes; et toute cette critique historique est menée avec un brio qu'il serait difficile de trouver même chez un historien de profession ; nous ne parlons pas des chirurgiens de la génération actuelle, plus pressés de fouiller l'avenir que le passé. La lutte est si vive, à la porte du Temple où l'on distribue les récompenses pour toute une vie de travail, que les jeunes préfèrent s'attaquer aux questions les plus neuves. Et puis on ne tient plus au titre de *savant :* ce n'est pas fin de siècle !

Quand des œuvres de cette nature, du domaine de l'érudition la plus pure, réussissent à voir le jour malgré des difficultés de toutes sortes, pécuniaires ou autres, la presse a le devoir de les signaler tout particulièrement à ceux qui lisent et à ceux qui sont capables de « s'emballer » encore pour une idée, sans autres espérances ; à ceux pour qui l'étude du développement de l'esprit humain présente un certain intérêt ! Aussi sommes-nous très heureux d'avoir pu, dans ce journal, consacrer quelques lignes à la récente publication de M. Nicaise. Elle est de celles qui laissent une trace profonde dans l'esprit de ceux qui les savourent. Ce livre ne fera certes pas tache au milieu de tous ceux qui, de nos jours, sont consacrés à l'asepsie chirurgicale et aux opérations abdominales. *Suum cuique.*

Marcel Baudouin.

(1) Entre autres ceux d'Henri de Mondeville dont on a tant parlé ces temps derniers, lors de la publication du Dr Pagel (de Berlin).

VARIA

Les Femmes pharmaciennes à l'étranger.

« Le tyran, l'homme, est repoussé peu à peu, mais d'une manière certaine derrière les parapets de ses monopoles professionnels, et la femme affirme partout, plus ou moins, ses droits et cela d'une façon triomphante. Non contente de prescrire des remèdes, elle veut maintenant les composer. Un projet de loi vient de passer à la Chambre des députés de France, reconnaissant aux femmes le droit d'exercer la profession de pharmacien. Les Français ne sont rien, sinon chevaleresques, et on est quelque peu surpris de les voir considérablement derrière les autres nations sous ce rapport. En Norvège, les femmes ont depuis 6 *ans* déjà le droit d'étudier la pharmacie et de diriger elles-mêmes une pharmacie. *Dix* femmes environ sont actuellement employées dans des pharmacies, soit comme élèves, soit comme aides-pharmaciennes, mais aucune d'elles ne s'est présentée pour l'examen final. Au Danemark, *deux* femmes seulement, dans le cours de plusieurs années, ont pris des pharmacies ; mais il n'y en a aucune qui ait le « titre de pharmacien ». En Finlande, il existe *sept* femmes pharmaciennes dont pas une cependant n'a passé l'examen final ; à la vérité, depuis 1884, il ne s'est pas présenté de femmes pour être admises. En Russie, les femmes, depuis le commencement de l'année dernière, ont conquis le droit de devenir pharmaciennes, et *neuf*, ayant complété les études préparatoires requises à Zurich, ont passé l'examen en Russie. Des cours de pharmacie pour femmes, comme nous l'avons dit il y a une semaine ou deux, ont déjà été inaugurés dans un des hôpitaux de Saint-Pétersbourg, au dispensaire duquel nos belles pharmaciennes ont déjà réussi à évincer le sexe rival.

Les faits que nous venons de mentionner semblent démontrer que les femmes à esprit fort n'ont pas pour la pharmacie cet enthousiasme qu'elles déploient pour la médecine, quoique ce soit là une occupation pour laquelle elles sont particulièrement propres à tous égards ; cette indifférence est due peut-être, jusqu'à un certain point, au peu d'opposition qu'elles ont comparativement rencontré dans l'attaque de cette citadelle particulièrement mâle (1) ».

On le voit, le *British Med. Journal* fait les mêmes constatations que nous, en ce qui concerne l'exercice de la pharmacie par les femmes. Mais il ne semble pas vouloir mettre le doigt sur la plaie. Nous répétons que la véritable cause pour laquelle les femmes intelligentes vont vers la médecine plutôt que vers la pharmacie, tient à la considération spéciale dont jouissent les médecins près du public. En cela, elles ont grand tort. Il n'est pas plus difficile d'être pharmacien respecté que médecin considéré. Si l'on veut que les autres vous respectent, il suffit de se respecter soi-même. M. B.

(1) *The British Medical Journal* du 11 avril 1891, p. 817.

Association Française pour l'avancement des Sciences

(*Congrès de Marseille,* 17-24 septembre 1891.)

L'Association Française pour l'avancement des Sciences tiendra son prochain Congrès à Marseille du 17 au 24 septembre 1891. Le Conseil de l'Association a demandé qu'un sujet spécial fût mis à à l'ordre du jour de chaque section et on a pensé qu'il serait intéressant de profiter du Congrès de Marseille pour étudier *l'Hygiène des établissements de l'Industrie Chimique* qui sont si nombreux dans la région. Indiquer *le plus tôt possible* les titres des communications qu'on a l'intention de faire pour qu'elles puissent être mentionnées dans le programme de la session.

L'Enseignement clinique de la Médecine.

« Les réformes que la Société médicale des Hôpitaux a jugées opportunes dans l'enseignement clinique de la médecine ne sont pas, croyons-nous, près d'aboutir, car le projet de M. le Pr Potain, qui semblait destiné à lever les difficultés, n'a fait, au contraire, que les rendre plus embarrassantes à vaincre.

« Malheureusement les questions de rivalité brouillent toujours tout et nous craignons bien que cette fois la montagne n'accouche d'une souris ! La Faculté est, en effet, jalouse de son droit d'enseigner et, ce qui le prouve surabondamment, c'est le vote de la Société médicale des Hôpitaux qui a décidé qu'il y avait lieu d'adopter le projet du professeur Potain, c'est-à-dire de s'en rapporter à la Faculté. Par qui a été constituée la majorité dans ce vote? Par les nombreux médecins des hôpitaux qui sont en même temps agrégés et qui, fiers de leurs prérogatives, n'ont pas voulu oublier la chère Ecole.

« Que fait-on dans tout ce débat de l'intérêt des élèves? C'est pourtant le but que l'on a l'air de poursuivre et, en réalité, il est assez sacrifié. Combien cela durera-t-il encore ? Y aura-t-il seulement rien de changé? C'est ce que nous verrons par la suite.

« Les réformes de l'enseignement de la médecine sont à l'ordre du jour. Le stage hospitalier, qui était autrefois d'un an, a été porté à deux années et on vient de l'augmenter d'un mois consacré à un stage obstétrical. Cette mesure est presque enfantine, pour ne pas dire plus. Le stage dans les hôpitaux pour les élèves du doctorat devrait être de quatre années au minimum. Une année de clinique chirurgicale, deux années de clinique médicale, un trimestre pour les maladies mentales, un trimestre pour les maladies vénériennes, un trimestre pour les maladies de la peau, un trimestre pour les accouchements.

« Cela serait à peine suffisant, puisque indépendamment des trois ou quatre années de bénévolat ou d'externat les internes font quatre années entières dans les services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique.

« Si jamais la Ville de Paris s'offre le luxe d'avoir une Faculté municipale de médecine, elle assurera son succès immédiatement en exigeant ces quatre années de stage hospitalier, et facilitant l'arrivée, l'internat à tous ses bons élèves (1). C'est tout ce que j'ai à dire aujourd'hui. (*Monit. de l'Hyg. publiq.*).

L'Assistance publique en province.

Nous avons eu l'occasion autrefois de donner quelques renseignements sur la situation abominable du quartier des *vénériennes* à Clermont-Ferrand. Voici un extrait d'une lettre de 1889, que nous venons de retrouver, relatif aux *femmes en couches* : « Aujourd'hui, dans une seule salle de 12 lits, occupant un rez-de-chaussée humide, se trouvent réunies les *femmes enceintes*, les accouchées et celles qui sont atteintes de *maladies puerpérales*. Une seule sage-femme, *sans plus*, est chargée de ce service et ne veut rien y changer. » Nous signalons ce fait — qui n'est malheureusement pas isolé — à M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, car rien n'a été changé depuis 1889 et les projets futurs ne seront réalisés que grâce à la générosité de M. le Dr Nivet (Voir p. 470). B.

Les corps élus et l'Hygiène.

« Le résultat le plus net de nos mœurs publiques, le voici : c'est une grande différence dans les professions de foi des candidats et une parfaite ressemblance dans le monde administratif de ceux qui sont arrivés. Pas un ne songe aux *affaires pratiques*, pas un ne prend en mains les intérêts de la police sanitaire.

« A Nantes, ville peu éclairée (nous faisons seulement allusion au petit nombre de réverbères), nous suivons tous ces fâcheux errements. Nous croyons naïvement de changer de temps à autre nos municipalités. C'est une erreur. Elles sont toutes résolument conservatrices... des ordures. Chiens errants, ordures errantes, odeurs errantes. » (*Gazette médicale de Nantes*).

(1) On pourrait immédiatement doubler le nombre des internes, en supprimant les internes en pharmacie, qui ne servent absolument à rien.

Crémation.

M. le Dr W. Holder a réussi dernièrement à conduire la commission funéraire de la corporation Hull à adopter une résolution des plus importantes concernant la Crémation. A cet effet la commission devait adresser une pétition au président du Conseil gouvernemental pour lui demander de proposer une loi donnant aux autorités locales, chargées des funérailles, le pouvoir d'établir des fours crématoires où seraient brûlés les corps de ceux qui auraient exprimé le désir d'être incinérés aussitôt après leur mort. On a trouvé que, d'après les lois actuelles, les autorités locales ne peuvent employer leurs fonds à cet objet.

Le comité Hull a également résolu de demander d'envoyer des délégués à la réunion annuelle de l'Association des corporations municipales du Royaume-Uni, pour engager l'Association à présenter une pétition semblable.

M. le Dr Holder mérite la plus grande confiance pour la part qu'il a prise à ce débat. C'est un grand pas d'être arrivé à pousser une corporation à agir pour obtenir les pouvoirs nécessaires. Un décret d'autorisation serait même une bonne chose, qui conduirait probablement bientôt à l'établissement de nombreux fours crématoires.

Les sentiments hostiles à la crémation diminuent d'année en année, comme l'a si bien démontré le vote unanime de la proposition du Dr Holder, de même que le nombre des fours crématoires augmente rapidement dans les autres contrées, de même nous lisons qu'un four crématoire est sur le point d'être inauguré, cette semaine, aux environs de Heidelberg. Un emplacement a été donné par la municipalité pour cet objet et le coût de l'érection est estimé à 44,000 marks (2,200 l.), 55,000 fr. (*The British Medical Journal,* 23 mai 1891, p. 1,138).

Septième Congrès international d'Hygiène et de Démographie, à Londres, du 10 au 17 août 1891.

Le Congrès international d'hygiène et de démographie s'est réuni (en général tous les deux ans) dans les villes suivantes : Bruxelles, Paris, Turin, Genève, La Haye et Vienne. Le dernier de ces Congrès eut lieu à Vienne, en 1877, sous le patronage de son Altesse impériale et royale l'archiduc Rodolphe, prince héréditaire d'Autriche Hongrie, qui en présida la séance d'ouverture. Des représentants de nombreuses Sociétés savantes y assistaient, ainsi que des délégués envoyés par les gouvernements des pays suivants : Allemagne (empire d'), Prusse, Bavière, Saxe, Würtemberg, Mecklembourg-Schwerin, Mecklembourg-Strelitz, Brunswick, Saxe-Cobourg-Gotha, Alsace-Lorraine, etc., Autriche-Hongrie, Belgique, Bulgarie, Danemark, Espagne, France, Italie, Norwège, Pays-Bas, Portugal, Russie, Serbie, Turquie, Egypte, Japon, Perse, République-Argentine, Uruguay, et des colonies anglaises de Malte, la Nouvelle-Galles-du-Sud et Victoria.

Les gouvernements de Grande-Bretagne, Canada, Etats-Unis, Grèce, Mexique, Chili, Venezuela, n'étaient pas représentés officiellement aux Congrès, mais diverses de leurs Sociétés savantes et plusieurs de leurs Instituts scientifiques y avaient envoyé des délégués. Plus de 2,000 hygiénistes et statisticiens se trouvaient réunis à Vienne.

Avant la clôture du Congrès, un Comité international permanent fut nommé pour fixer la date et le lieu de réunion du prochain Congrès et, comme il a été décidé qu'un Congrès d'hygiène aurait lieu à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle de 1889, il fut résolu que le prochain Congrès international aurait lieu à Londres, en 1891.

L'Angleterre ayant pris l'initiative de toutes les mesures se rapportant à la science et à l'administration de l'hygiène, il y a lieu d'espérer que ses colonies, ainsi que les pays étrangers, enverront de nombreux représentants officiels et non officiels dont la réunion formera un Congrès aussi nombreux qu'important.

Un Comité a été formé parmi les membres anglais présents au Congrès de Vienne, dans le but de faire les démarches préliminaires et de porter le projet du Congrès à la connaissance du public. Des invitations ont été envoyées aux Universités, collèges, corporations publiques et Sociétés scientifiques, afin de les prier de nommer des délégués pour former un Comité général. Ci-joint la liste des délégués nommés jusqu'à ce jour. De nouveaux noms viennent encore s'y ajouter tous les jours. Le moment est maintenant venu de former une organisation définitive et d'obtenir les fonds nécessaires pour couvrir les frais d'organisation.

Le but du Congrès est d'éveiller l'intérêt public sur le progrès de l'hygiène et de la démographie; cette dernière comprend l'étude des conditions vitales des différentes nations et classes so-

ciales, au point de vue de la statistique, afin de donner à tous ceux qui s'intéressent à ces questions l'occasion d'étendre leurs connaissances par des discussions sur les sujets qui se rapportent plus ou moins directement à l'hygiène, à la démographie et à la santé publique.

Les gouvernements, municipalités, départements et administrations publiques, Universités, Facultés, Ecoles et toutes autres Sociétés et corporations, sont priés de bien vouloir coopérer à l'œuvre du Congrès en y envoyant leurs délégués.

Une *Exposition* d'objets et appareils se rapportant à l'hygiène sera organisée pour le moment du Congrès. Les membres du Congrès auront aussi l'occasion de faire des excursions dans divers endroits qui pourraient leur offrir un intérêt spécial.

La commission organisatrice comprend : Sir Douglas, Galton, K. G. B., D. C. L., L. L. D., F. R. S.; Chairman; T. Graham Balfour, M. D., F. R. S.; Professeur G.-T. Browne, C. B. W. R. E., Coles; Professeur W.-H. Corfield, M. A., M. D. (Oxon), F. R. C. P.; Sir Joseph Fayrer, K. C. S. J., M. D. F. R. S.; Professeur Edward Frankland, P. H. D., D. C. L, L. L. D., F. R. S.; Rowland Hamilton; Ernest Hart; Professeur T. Hayter Lewis, F. R. I. B. A.; Frederick Hendriks, F. I. A., F. S. S.; Alderman and Sheriff Stuart Knill; G.-B. Longstaff, B. A, F. R. C P., F. C. S. E. D.; Mapother, M. D., F. R. C. S. J. E. J.; Mouat, M. D., L. L. D.; Shirley F. Murphy. Professor Henri Robinson, M. J. N. S. T. C. E.; David F. Schloss; R. Thorne Thorne, M. B., F. R. S.; Ernest Turner, F. R. J. B. A.; Professor D.-P. Poore, J. L. I. R. C. P. Secrétaires honoraires : Professeur W.-H. Corfield. M. A. M. D. (Oxon). Professeur G.-V. Poore, M. D Secrétaires adjoints: H. Brock, M. D., D. P. H.; Paul F. Moline, M. B.

Les bureaux provisoires sont installés, 20, Hanover square, London, W. Le Comité permanent international comprend :

Hygiène. — Dr Brouardel, président, représentant la France; Dr J.-S. Billings, les Etats-Unis; Pr W.-H. Corfield, l'Angleterre; Dr Duncan, la Russie; Dr H.-R. Greene Pacha, l'Egypte; Pr F. von Gruber, l'Autriche-Hongrie; Dr A. Mosse, l'Italie; MM. Shirley, F. Murphy, l'Angleterre; Dr W. Roth, la Germanie.

Démographie. — J. Bertillon, représentant la France; Pr L. Bodio, l'Italie; Dr R.-R. Bœckh, la Germanie; Sir Douglas Galton, l'Angleterre; Dr Carl T. von Inama-Sternegg, la Hongrie, Pr Jules Jahnson, la Russie; Dr W. Ogle, l'Angleterre.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 8. — 3e *de Doctorat* (2e partie): MM. Fournier, A. Robin. Marie. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Clinique externe. (Hôtel-Dieu) : MM. Tillaux, Terrillon, Ricard. — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Chauffard.

MARDI 9. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Debove, Hanot. — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Chantemesse. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité)(1re *Série*) : MM. Ball, Legroux, Letulle. — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Cornil, Quinquaud.

VENDREDI 12.— 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Grancher, Brissaud, Netter. — (2e *Série*) : MM. Straus, A. Robin, Chauffard.

SAMEDI 13. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Ballet, Chantemesse. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Peter, Legroux, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 10. — M. Cartier. Contribution à l'étude du rachitisme et en particulier de son traitement maritime. — M. Jouis. Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique. — M. Bonnel. Carie costale et abcès froids thoraciques.

JEUDI 11. — M. Jollivet. Secret, discrétion, tact chez le médecin. — M. Goubert. De la prédisposition morbide dans l'enfance. — M. Pactet. Aliénés méconnus et condamnés par les tribunaux. — M. Salmon. Anévrysmes de la main. — M. Delmez. Etude sur les kystes du mésentère. — M. Vene. Etude sur les délires post-opératoires. — M. Fouquet. Les digitalines commerciales. — M. Biolet. Quelques considérations sur le mutisme hystérique.

Enseignement municipal supérieur.

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY (hôpital Laënnec), le jeudi 30, à 10 h. — M. le Dr RENDU (hôp. Necker), le jeudi, à 10.

Conférences cliniques des Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMAN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — M. LEGROUX : mercredi à 9 h. 1/2.

Conférences de gynécologie clinique et opératoire (*Hôpital Lourcine-Pascal*). — M. le Dr S. POZZI, le lundi 11 mai, à 9 h. 1/2.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr de SAINT-GERMAIN (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), le jeudi, à 9 heures.

Clinique chirurgicale et gynécologie. —M. RICHELOT (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2.

Clinique et thérapeutique. — M. Henri HUCHARD (Hôpital Bichat), le dimanche à dix heures très précises.

Hôpital des Enfants. — M. le Dr SIMON, le mercredi, à neuf heures.

FORMULES

XIV. — Erections des Blennorrhagiques (JULIEN).

Camphre	3 grammes.
Extrait thébaïque	0 gr. 20

Divisez en 20 pilules. En prendre avant de se coucher 4, une par une, de quart d'heure en quart d'heure (*Union médicale de l'Est*). Nous rappellerons que, dans le même but, on peut prescrire très utilement les capsules de bromure de camphre. (Dr CLIN).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS.— Du dimanche 24 mai 1891 au samedi 30 mai 1891, les naissances ont été au nombre de 1132 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 427; illégitimes, 146, Total, 573. — *Sexe féminin :* légitimes, 149; illégitimes, 140, Total, 549.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 24 mai 1891 au samedi 30 mai 1891, les décès ont été au nombre de 943 savoir : 517 hommes et 426 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 2, T. 6. — Variole : M. 0, F. 1, T. 1. — Rougeole : M. 13, F. 17, T 30. — Scarlatine : M. 3, F. 4, T. 7. — Coqueluche : M. 2, F. 7, T. 9. — Diphtérie, Croup : M. 15, F. 17, T. 32. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 135, F. 75, T. 192 — Autres tuberculoses : M. 14, F. 9, T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 4, T. 8. — Tumeurs malignes: M. 18, F. 31, T. 49. — Méningite simple : M. 18, F. 17. T. 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 13, T. 38. — Paralysie, M. 4, F. 3, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 2, T. 3. — Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 30, T. 69. — Bronchite aiguë : M. 7, F 13, T. 20. — Bronchite chronique : M. 21, F. 25, T. 46. — Broncho-Pneumonie : M. 10. F. 13, T. 23 — Pneumonie : M. 21, F. 17, T. 38. — Gastro-entérite, biberon, M. 19, F. 15, T. 34 — Gastro-entérite, sein : M. 6, F. 11, T. 17. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5. F. 2, T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1 - Débilité congénitale : M. 14, F. 13, T. 17 — Sénilité : M. 9, F. 19, T. 28. — Suicides : M. 10, F. 5, T. 15 — Autres morts violentes : M 8, F. 3, T. 11. — Autres causes de mort : M. 87, F. 68, T. 155. — Causes restées inconnues : M. 5, F. 4, T. 9.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 83, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 16. Total : 43. — *Sexe féminin* : légitimes, 32, illégitimes, 8. Total : 47.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du Prosectorat.* — Les questions restées dans l'urne à l'épreuve écrite étaient : *Muqueuse gastrique* (An. et Phys.); *plaies de l'estomac.* — *Parotide; diagnostic des tumeurs de la parotide.* — 1re Epreuve orale : *Paroi externe des fosses nasales*; question restée dans l'urne : *Oreille moyenne.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le concours qui devait s'ouvrir le 6 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 24 du même mois.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 7 juin 1891, forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, à 12 h. 15, pour le train partant de Paris à 12 h. 50 pour la station de Domont.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Le concours qui devait s'ouvrir le 5 novembre 1891, devant la même Faculté, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 23 du même mois.

ANNALES D'OCULISTIQUE. — A la suite de la mise en adjudication, à Bruxelles, des *Annales d'Oculistique*, ce journal, fondé en 1837, par M. Florent Cunier et continué par Warlomont, est passé entre les mains de notre confrère, M. le Dr Valude, médecin adjoint de la clinique des Quinze-Vingts. Ce journal, pour être transplanté de Bruxelles à Paris, n'en perdra point son caractère et le nouveau directeur, en s'associant des collaborateurs de Suisse et de Bruxelles, lui conservera sa destination, d'être l'organe ophtalmologique des pays de langue française.

ETUVES A DÉSINFECTION. — Dans la session qui vient de se terminer, le Conseil a, sur les propositions de M. le Préfet, décidé d'acheter une étuve locomobile Geneste et Herscher, qui sera habituellement déposée à l'Asile d'aliénés de Saint-Yon, où elle servira à la désinfection et, en cas d'épidémie, pourra être envoyée sur n'importe quel point du département. Que ne voyons-nous les Administrations urbaines prendre modèle sur l'Administration départementale, toujours fort dévouée aux intérêts de l'hygiène publique ! (*Norm. méd.*).

INFLUENZA EN ANGLETERRE. — L'influenza continue à gagner en étendue et en violence. Le 4e bataillon du régiment de Lincolnshire a 102 malades. A Birmingham, la mortalité a été extraordinaire parmi les médecins de la ville, dont plus de huit ont déjà été enlevés par l'influenza.

MORT PAR FULGURATION. — On écrit de Nevers qu'un violent orage s'est abattu sur la ville, la semaine dernière, et qu'une fillette de treize ans, nommée Marillier, a été tuée par la foudre à un kilomètre de Nevers.

HÔPITAUX DE ROUEN. — Le 9 juillet 1891, un concours aura lieu à l'Hospice Général, à 3 heures 1/2, pour la nomination d'un pharmacien titulaire, sous la présidence d'un administrateur. — Le registre d'inscription sera ouvert jusqu'au 24 juin. On se souvient peut-être que nous avons protesté contre l'interdiction faite par l'administration hospitalière, à ses pharmaciens, de faire partie du personnel enseignant de l'Ecole de Médecine. Nous sommes heureux de lire, aujourd'hui, sur l'affiche de ce nouveau concours, cette modification trop prudente encore, mais qui se transformera sans doute en règle définitive : Le pharmacien de l'Hospice Général pourra être autorisé, à titre provisoire, à faire un cours à l'E. de Médecine et de Pharmacie. (*Normandie méd.*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr RAMETTE (de Walincourt). — M. le Dr DENOUETTE (du Havre). — M. le Dr P. MÉRICAMP (de Biarritz), ancien interne des hôpitaux de Paris, auteur d'une thèse très remarquable. — M. le Pr R. GUNDRY, professeur de thérapeutique à Baltimore. — M. le Dr FRÉRY, sénateur du territoire de Belfort, que la maladie tenait depuis longtemps éloigné du Sénat. Né en 1846, M. Fréry avait été reçu docteur en médecine en 1873. Il s'établit à Belfort et y devint membre et secrétaire du Conseil général. Candidat républicain aux élections du 21 août 1881, il fut élu contre M. Keller, député sortant et candidat monarchiste. Battu à son tour, aux élections législatives de 1885, par M. Keller, il fut élu, le 2 janvier 1887, sénateur, en remplacement de M. Viellard-Migeon, décédé. Il fut réélu en janvier 1891. M. Fréry était un républicain convaincu qui était apprécié par ses collègues. — M. le Dr Frédéric LOVE, médecin homéopathe connu, décédé à l'âge de soixante-quinze ans. M. Love était de nationalité anglaise, mais habitait Paris depuis plus de cinquante ans. Il se distingua pendant le choléra de 1849 et se créa dès cette époque une nombreuse clientèle dans la haute société parisienne, qui adore les homéopathes et, chose digne d'être notée, s'en trouve fort bien. — M. le Dr ANDIAU, de Chemillé (Maine-et-Loire). — M. le Dr AUBERGIER, de Chambon (Meuse). — M. le Dr ARMIEUX, de Lutz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées). — M. le Dr Camille ASTIER, de Paulhaquet (Haute-Loire). — M. le Dr Michel RONDET, de Miribel (Isère), reçu en 1865.

LA LECTURE.— Sommaire du No 94 : Pierre LOTI : *Le Voyage au Monténégro*. Dans ce même numéro, commence également une délicieuse nouvelle de F. COPPÉE : *Mariages manqués*. A citer encore : des vers de BOUCHOR ; *Un Scandale*, par L. HALEVY ; *Au Salon*, par GYP ; la suite de *Port-Tarascon*, par A. DAUDET ; *la Panetière*, par A. VALABRÈGUE, et la continuation des souvenirs si amusants d'E. GOUDEAU : *Dix ans de Bohème*. —La *Lecture* est en vente chez tous les libraires et dans les gares, au prix de 60 cent. le numéro. Un numéro spécimen est adressé contre 30 cent. envoyés à la *Lecture*, 10, rue Saint-Joseph, Paris. — Abonnements d'essai de trois mois, France : 3 francs ; Etranger : 4 francs en un mandat à la même adresse.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) à *M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. TERRILLON, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2. — *Clinique mentale* : M. Auguste VOISIN, le dimanche 31 mai, à 10 h.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* M. LANNELONGUE, mercredi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Service du Dr QUINQUAUD. — Enseignement de la Dermatologie et de la Syphiligraphie, 1° Enseignement élémentaire : Lundi à 5 h., Dermatologie et Syphiligraphie : Dr Quinquaud. — Mercredi et vendredi à 5 h., Dermatologie ; Dr Brocq. — 2° Enseignement supérieur : Pathologie générale et Thérapeutique des affections cutanées et Chimie et Physiologie pathologique des maladies de la peau : Dr Quinquaud. — Lundi à 10 h. 1/2, Pathologie comparée des maladies cutanées : M. Mégnin. — Mercredi à 10 h. 1/2, Pharmacologie appliquée aux affections de la peau : M. Portes. —Jeudi à 10 h. 1/2, Physiologie normale et pathologique de la peau : Dr Butte. — Vendredi à 10 h. 1/2, Bactériologie appliquée aux lésions cutanées : M. Veillon. — Samedi à 10 h. 1/2, Anatomie pathologique des maladies de la peau : Dr Nicolle. — Dimanche à 10 h. 1/2, Laryngologie dans ses rapports avec la Dermatologie et la Syphilographie, Dr Cuvillier. — Ophtalmie dans ses rapports avec la Dermatologie et la Syphilographie, M. Morax. — Leçons au lit du malade, Drs Jacquet et Raymond.. — M. le Dr DU CASTEL, le mercredi à quatre heures du soir, dans la salle des conférences.

Avis. — En raison des modifications survenues dans le programme du Cours de l'hôpital Saint-Louis, M. Ernest Besnier a suspendu ses conférences du lundi pour procéder à une réorganisation de son enseignement sur des bases nouvelles. Provisoirement, les travaux de son service seront limités aux suivants : *Mardi*, Opérations dermatologiques, laboratoire Alibert, à 9 h. *Mercredi*, affections du cuir chevelu et dermatophyties, laboratoire Alibert, à 9 h. *Vendredi*, consultation clin., 38, rue Bichat, à 9 h.

Le Rédacteur-Gérant : **BOURNEVILLE.**

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 24. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 13 JUIN 1891.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Quelques anomalies des enveloppes crâniennes du nouveau-né avec considérations cliniques;

par E. BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux.

I

ANOMALIES D'OSSIFICATION DE LA VOUTE OSTÉO-MEMBRANEUSE DU CRANE.

A la naissance, la partie des enveloppes céphaliques qui répond à la voûte du crâne est constituée, au point de vue de la résistance, par deux couches concentriques : la voûte du crâne encore incomplètement ossifiée, et le cuir chevelu.

La première de ces deux enveloppes forme le casque ostéo-membraneux. Dans l'épaisseur de la voûte molle, composée primitivement de tissu fibreux, se trouve engainée une série de pièces osseuses, courbes, minces, encore dépourvues de diploé, et dont les bords arrondis sur les angles viennent imparfaitement en contact de l'une à l'autre.

Du défaut de coaptation exacte de ces pièces solides, résulte un ensemble d'espaces membraneux linéaires dépressibles qui forment les sutures sur les bords des os, et d'espaces plus vastes, de forme losangique, triangulaire ou irrégulièrement quadrilatère, qui répondent aux confluents des sutures et constituent les fontanelles.

Chez l'enfant à terme, dont l'ossification a subi l'évolution normale, les sutures membraneuses ne représentent guère qu'un espace virtuel. Leur rôle est de permettre aux os de se déplacer les uns sur les autres par un chevauchement léger. Mais toutes les sutures ne permettent pas un jeu égal aux pièces qu'elles relient entre elles. A la naissance, les trois quarts inférieurs de la suture intercoronale ont disparu par la synostose des deux frontaux. La suture pariéto-temporale est très serrée, de telle sorte que les deux os qui la forment par leur juxta position intime ne peuvent s'écarter l'un de l'autre ; on ne sent donc pas d'interligne membraneuse à ce niveau. Le contact bord à bord du pariétal et du frontal dans les trois quarts externes de leur suture, celui du pariétal et de l'occipital sur toute l'étendue de leurs connexions, est assez lâche pour permettre un changement dans les rapports des rebords linéaires adjacents. Mais il n'existe pas d'écartement véritable, et si l'on constate un chevauchement du pariétal sur le frontal ou sur l'occipital, on peut voir que les bords de ces os, grâce à leur souplesse, ne font que s'entre-croiser sur une très petite étendue. C'est ainsi que dans le tassement total du crâne on sent le pariétal déborder le frontal, mais en passant mi-partie au-dessous et mi-partie au-dessus de lui. Il en est de même pour la suture occipito-pariétale, bien qu'en ce point le déplacement s'effectue presque exclusivement par l'enfoncement de la lame osseuse épactale au-dessous du pariétal.

C'est au niveau de la suture sagittale qui relie les deux pariétaux l'un à l'autre que la mobilisation des os est susceptible de la plus grande exploration. Aussi cet espace linéaire membraneux offre-t-il au doigt un relief plus accusé que les autres sutures ; comme il est le plus aisément accessible de tous au toucher, dans la présentation du sommet, on a pu avec raison le considérer comme l'aiguille de la boussole qui guide l'accoucheur dans le diagnostic des positions de l'extrémité céphalique fléchie.

Sur le crâne bien ossifié il n'existe que deux fontanelles : l'une spacieuse, en forme de fer de lance, plus longue d'avant en arrière que large transversalement, répond au confluent des deux frontaux et des deux pariétaux. C'est la grande fontanelle dite aussi antérieure ou bregmatique. Les bords en sont nets, linéaires et mousses, et tranchent sous le doigt avec la mollesse de l'aire membraneuse qu'ils limitent. L'autre fontanelle est un confluent de sutures, mais non, sauf exception, un espace membraneux réel. Elle répond à la jonction des deux pariétaux et de l'occipital. Elle occupe le sommet de l'angle formé par les deux branches divergentes de la suture lambdoïde. La suture sagittale conduit le doigt d'une fontanelle à l'autre.

Comme cette dernière suture, les deux fontanelles constituent des repères précieux qui permettent au doigt de déterminer l'orientation de la tête fœtale à l'intérieur du bassin. On conçoit donc aisément comment les dispositions anormales de la voûte ostéo-membraneuse tenant à un excès total, à un défaut, à une irrégularité de distribution dans le développement du tissu osseux, peuvent apporter des troubles à l'exploration par le toucher.

L'ossification de la voûte céphalique évolue suivant un processus particulier. Au lieu de se développer par transformation du cartilage fœtal, comme on l'observe pour la presque totalité du reste du squelette, le tissu osseux du crâne apparaît d'emblée en plein tissu conjonctif; il s'étend sous forme de plaques interstitielles au sein de l'enveloppe membraneuse, de la même façon qu'il se dépose à la face profonde du périoste des os à origine cartilagineuse.

Cette ossification s'opère de manière identique pour tous les os de la voûte du crâne. Si nous prenons par exemple le pariétal, siége le plus habituel des anomalies de développement, on voit que le point d'ossification primitif se manifeste à partir du troisième mois de la vie intra-utérine, et prend naissance sur la bosse pariétale. Autour de ce point, comme centre, la substance osseuse s'épand en rayonnant ; elle forme des aiguilles qui se propagent en longueur jusqu'à ce qu'elles aient gagné les limites périphériques de la plaque osseuse définitive. Ces aiguilles, régulièrement divergentes, sont reliées entre elles par des fibres conjonctives qui coupent leur direction dans un sens oblique ou perpendiculaire. L'ensemble des travées fibreuses d'ossification ainsi dessiné, a été justement comparé par Béclard (1) à un canevas de dentelle sans broderie. Ce même auteur a distingué dans les os crâniens en voie de développement trois zones concentriques, dont

(1) Béclard. — *Mémoire sur l'ostéogénie et l'ossification.* (*Nouveau journal de médecine*, 1819, p. 327).

l'épaisseur et la densité vont en diminuant à mesure qu'elles s'éloignent du point central d'ossification : 1° une zone centrale, ou zone compacte, qui répond au foyer primitif d'ossification; 2° une zone d'apparence réticulée, intermédiaire ; 3° une zone rayonnée ou pectinée, occupant la périphérie de l'os.

A la naissance, les trois zones cessent d'être distinctes et l'os, bien formé, offre une égale consistance et un même aspect homogène sur toute son étendue. Les bords sont nettement délimités et sans aspérités.

Si telle est la disposition habituelle du tissu osseux du crâne, dans les cas normaux où la grossesse a été menée à terme, et où les fœtus ont acquis un développement moyen, les anomalies individuelles sont loin d'être exceptionnelles. Rien n'est plus variable que les conditions dans lesquelles on peut observer ces déviations de l'ossification normale.

Il est de règle de trouver un crâne peu ossifié lorsqu'on a affaire à un enfant né avant terme ; par réciproque, lorsque la grossesse se prolonge de quelques jours au delà du terme, on trouve la calotte crânienne formée de plaques osseuses très épaissies et très dures, dont les espaces suturaires ont été en grande partie envahis par la synostose des bords. Ces faits ne peuvent être considérés que comme parfaitement normaux. A côté de ces faits, il existe de véritables anomalies :

Tantôt on voit naître, à plein terme, des enfants d'un volume au-dessus de la moyenne, vigoureux dans tous leurs appareils et qui offrent un crâne mou, dépressible et sillonné d'espaces membraneux très larges. Tantôt, dans l'ordre d'idées opposé, il peut arriver que des enfants soient expulsés au terme de huit mois, offrent tous les caractères extérieurs de la débilité congénitale inhérente à leur naissance prématurée, et néanmoins présentent une voûte crânienne très compacte et presque dépourvue de sutures et de fontanelles.

Dans le premier cas il y a eu retard, dans le second accélération dans la marche de l'ossification normale. On ne connaît pas les lois qui président à ces déviations ; en cela elles sont assimilables à bon nombre de malformations d'ordre tératologique.

Les anomalies d'ossification par défaut peuvent se répartir uniformément sur toute la calotte osseuse, ou, au contraire, se distribuer irrégulièrement. Parfois un os demeure en retard dans son développement par rapport à son congénère. Le pariétal est particulièrement frappé par ces arrêts d'évolution, et la disposition vicieuse se remarque bien plus fréquemment sur l'os du côté gauche que sur celui du côté droit.

Ce n'est pas seulement par la largeur des sutures et fontanelles que se manifeste le manque d'ossification. Certains confluents, qui doivent être comblés à la naissance, demeurent membraneux. Telle la fontanelle, dite de Gasser, qui siège à l'union de l'occipital, du temporal et du pariétal et qui surplombe la base du rocher en arrière du pavillon de l'oreille. Elle se présente sous forme d'une perte de substance osseuse en forme de quadrilatère irrégulier.

Les pièces osseuses sont plus arrondies sur leurs angles. Les aiguilles n'atteignent pas toute la périphérie, et un certain nombre d'entre elles demeurent en retrait. Les bords de l'os semblent taillés en dents de scie.

Parfois, en certains lieux d'élection dont le plus commun siège sur les pariétaux et se trouve à deux centimètres en avant de la petite fontanelle, au long de la suture sagittale, on voit plusieurs aiguilles d'ossification voisines faire défaut, sinon en totalité, du moins dans la plus grande partie de leur étendue, c'est-à-dire dans les zones pectinée et réticulée. Il résulte de cette disposition une véritable perte de substance dans l'épaisseur de l'os, une incisure en forme de triangle très allongé, dont la base répond à la suture sagittale et dont le sommet se rapproche de la bosse pariétale. L'éventail formé par les aiguilles d'ossification semble avoir été déchiré en un point.

Ces incisures sont connues sous le nom de fontanelles de Gerdy, du nom de l'auteur qui, le premier, les a bien décrites (1). Broca s'est également attaché à leur étude (2); il en a constaté l'existence une fois sur quatre cas. Il s'en faut, toutefois, qu'elles soient aussi fréquemment observées en clinique que l'a indiqué Broca. L'accoucheur n'en perçoit, en effet, l'existence qu'à travers l'épaisseur des téguments et ne peut les reconnaître qu'au cas où elles ont une assez notable étendue. Elles sont bilatérales ou unilatérales : dans ce dernier cas elles siègent avec une grande prédominance du côté gauche.

Truzzi (3), étudiant en particulier l'influence du défaut d'ossification du crâne sur les résistances du fœtus aux traumatismes de l'accouchement, a trouvé que sur 4,309 enfants nés à terme et examinés à ce point de vue, à la Maternité de Parme, 53 présentaient des anomalies d'ossification du crâne par défaut, soit une proportion de 1,229 0/0.

Nos recherches personnelles, basées sur un grand nombre d'examens par le toucher, pratiqués chez des femmes enceintes ou en travail, nous permettent de considérer la proportion indiquée par Truzzi comme trop faible.

Sur 15 cas où il a rencontré des fontanelles supplémentaires de Gerdy, cet auteur les a trouvées huit fois bilatérales et sept fois unilatérales. De ces dernières, six siégeaient sur le pariétal gauche.

Non seulement les os n'acquièrent pas leur superficie normale, mais encore ils manquent d'épaisseur et, par suite de consistance, surtout au voisinage de leurs bords et des limites des incisures supplémentaires, ils se laissent déprimer par le toucher, et le doigt, en glissant à leur surface, recueille la même sensation que s'il se promenait sur un rouleau de parchemin.

Ces faits sont d'observation journalière et bien connus des accoucheurs. Toutefois les traités d'obstétrique modernes font à peine mention de la disposition anatomique qui nous occupe ; ils sont muets sur les conséquences qu'elle offre au point de vue des facilités du diagnostic et au sujet du retentissement qu'elle peut avoir sur le mécanisme de l'accouchement. « Il est singulier, dit Casper (4), que ce phénomène si important et qui a été signalé par les auteurs anciens soit passé sous silence par la plupart des auteurs modernes. »

Si ces anomalies que nous venons d'exposer trouvent leur explication dans la rapidité plus ou moins grande du processus d'ossification, il en est d'autres dont la genèse semble plus complexe. Les plaques osseuses du crâne, et ici encore tout particulièrement le pariétal

(1) Vufl. Gerdy. — Thèse de doctorat. Paris, 1838, n° 128.
(2) Broca. — *Bull. de la Soc. d'Anthrop.*, 1875, t. X, p. 337.
(3) E. Truzzi. — *Diuna rara causa di morte spontanea del feto durante il parto. Ann. univers. di medic. e chirurg.*, Vol. 261, 1882, p. 239.
(4) Casper. — *Traité de médecine légale.* Trad. française, Tome II, p. 554.

gauche, peuvent être sillonnées de défauts de substance, de forme et de répartition capricieuses. Ce sont des anfractuosités communiquant avec les sutures et fontanelles, ou bien des trous qui semblent avoir été forés à l'emporte-pièce en plein tissu osseux. Le contour irrégulier et la diversité de direction de ces espaces membraneux insolites ne permettent pas de rattacher leur production à un simple retard dans l'expansion des aiguilles d'ossification.

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer, dans le service des sages-femmes agréées de la Maternité, soumis à notre surveillance, un cas d'ossification vicieuse du crâne offrant la disposition singulière à laquelle nous faisons allusion.

L'enfant est né le 1er avril. La mère, secondipare, de 33 ans, journalière dans un lavoir, ne présente aucune trace de tare constitutionnelle. Elle est heureusement accouchée une première fois à terme d'un enfant bien constitué qui, à cette heure, est bien portant; cette fois encore elle vient d'accoucher à terme.

Ses dernières règles datent du 25-29 juin 1890, et elle nous a affirmé avoir des raisons indubitables d'assigner comme date du début de sa grossesse le 1er juillet. L'enfant offre d'ailleurs tous les caractères de la maturité : il pèse 3,200 gr. environ, et se montre très vigoureux. Nous l'examinons deux jours après sa naissance, et rien d'anormal dans son aspect ne nous indique, au premier coup d'œil, qu'il soit porteur d'une malformation quelconque.



Fig. 32.

Ce n'est que par hasard, en promenant les doigts sur les sutures et fontanelles du crâne, que nous sommes surpris de rencontrer sur la voûte un ensemble de languettes osseuses, alternant avec des espaces mous, dépressibles, dont la configuration très bizarre est assez difficile à suivre dans ses contours. D'une façon générale, le crâne est peu dense, et en divers points il se laisse déprimer en donnant la sensation de crépitation parcheminée. Néanmoins la suture sagittale n'est pas extraordinairement élargie, la petite fontanelle est presque fermée, et il n'existe pas d'incisure de Gerdy. Du côté droit, les deux lèvres de la fontanelle bregmatique sont nettement isolables, mais il en est différemment du côté gauche. En suivant le rebord du frontal gauche, on rencontre, à deux centimètres de l'angle latéral de la grande fontanelle, une dépression membraneuse en forme de fiole à large goulot, dont le fond est disposé en cul de bouteille. Cette dépression offre une profondeur de un centimètre et demi environ (*Fig.* 32).

Vis-à-vis de celle ci, on sent, sur le bord du pariétal mince et dépressible, une solution de continuité qui s'enfonce jusqu'à la partie moyenne de l'os en envoyant des diverticules allongés en divers sens, à la façon des branches d'un arbre. Etroites par places, et notamment à leur abouchement sur les limites de la grande fontanelle, ces anfractuosités sont élargies en d'autres endroits et dessinent de véritables culs-de-sac dans leur partie la plus profonde.

L'os semble avoir été découpé de la façon la plus capricieuse, à la manière de ces jouets composés de tablettes de bois que les enfants engrènent par leurs bords pour reconstituer un dessin d'ensemble. Entre les dépressions serpentent des languettes osseuses déchiquetées, de consistance inégale suivant les points. Très minces au voisinage des sutures, elles sont plus épaisses à mesure qu'elles s'approchent de la bosse pariétale, si bien qu'au niveau des culs-de-sac les plus profonds, le relief des espaces membraneux devient très facile à délimiter, alors qu'il faut un toucher très délicat pour établir le départ entre les parties molles et les parties osseuses, sur la frontière antérieure du pariétal.

Notre désir eût été de faire constater à quelques-uns de nos confrères l'anomalie singulière dont le crâne de cet enfant était le siège. Dans ce but, nous revînmes quatre jours après le premier examen pour prendre un second dessin de la disposition anatomique. Notre surprise fut grande de constater l'étendue des changements locaux qui étaient effectués dans ce court espace de temps. L'ossification s'était propagée avec une rapidité extraordinaire, et il n'était pas douteux qu'elle dût se compléter à trop bref délai pour qu'il nous fût possible de montrer le crâne de l'enfant en temps opportun.

Au lieu de trouver des anfractuosités communiquant largement avec la grande fontanelle et la suture coronale, nous pûmes constater que les espaces membraneux intra-pariétaux s'étaient isolés des précédentes par la production d'une lamelle osseuse étendue en bordure du pariétal, qui avait fermé le point d'abouchement.

Non seulement il s'était établi une barrière qui avait comblé la portion périphérique des anfractuosités, mais encore ces dernières s'étaient, en grande partie, ossifiées ; il ne restait à l'état membraneux que les espaces taillés dans la zone réticulée, c'est-à-dire les culs-de-sac voisins de la bosse pariétale.

La disposition était encore plus singulière que lors de notre premier examen. L'os était troué de deux rigoles curvilignes allongées, à limites très nettes. Leur contour est indiqué par une ligne pointillée sur la *figure* 32. Ces deux espaces étaient situés de part et d'autre de la bosse pariétale : l'un au-dessus, parallèle à la suture sagittale, dont il était séparé par une bande osseuse large de 15 millimètres environ, l'autre parallèle à la suture coronale. Tous les deux avaient une égale longueur de 20 millimètres à peu près.

L'encoche siégeant sur l'écaille du frontal droit avait conservé sa forme et sa communication avec la suture adjacente.

A notre grand regret, nous n'avons pas pu revoir l'enfant par la suite. Mais nous ne doutons pas que le défaut d'ossification n'ait été très rapidement comblé, à en juger par les progrès qui s'étaient accomplis dans la solidification du crâne dans un laps de quatre jours.

Si nous n'avions pratiqué nous-même nos explorations très attentives du pariétal dès le lendemain de la naissance, et si nous n'avions examiné l'os, incomplètement formé, qu'au moment où les défauts de substance osseuse affectaient la forme de trous, il ne nous fût certainement pas venu à l'esprit de supposer que ces espaces membraneux avaient été primitivement en connexion avec la fontanelle bregmatique.

Si nous ne trouvons pas mention de ces anfractuosités arborescentes dans les auteurs, nous voyons du moins que les perforations isolées ont été étudiées. Parrot en

*

a donné la description, sous le nom de perforations crâniennes spontanées chez les enfants du premier âge (1). Il divise ces perforations en congénitales et acquises, et considère que tout au moins les secondes sont fréquemment en relation pathogénique avec la syphilis. Dans notre observation nous n'avons constaté ni directement chez la mère, ni par renseignement chez le père, aucune trace de cette diathèse.

Parrot fait jouer un rôle important à l'action de la pesanteur dans la production et dans la localisation des perforations crâniennes. Dans le cas, dit-il, où elles sont congénitales, elles sont disposées symétriquement le long des sutures sagittale et métopique qu'elles n'atteignent pas, et elles ne dépassent pas, en bas, la ligne des bosses pariétales et frontales. Les perforations sont rares sur les frontaux; on les voit autour du bregma et sur les pariétaux, à une égale distance du lambda et de la grande fontanelle. « Ainsi les altérations congénitales appartiennent à la partie antéro-supérieure du crâne et sont péribregmatiques : c'est là ce qui les caractérise topographiquement. » Ce même auteur explique de la façon suivante l'action de la pesanteur : Dans l'utérus, jusqu'au septième mois, la tête est au fond de l'organe fortement inclinée en avant et le bregma se trouve dans une position déclive. A partir du huitième mois, elle est en bas et alors ce sont les pariétaux et le frontal qui occupent la région la plus inférieure. Il résulte de ces remarques que ces lésions répondent précisément aux points de la calotte crânienne, qui demeurent dans une déclivité habituelle et sur lesquels l'encéphale sollicité par la pesanteur vient s'appliquer de la manière la plus continue.

Si la malformation que nous avons observée semble différer par sa disposition, telle que nous l'avons constatée le premier jour, de celles qu'à étudiées Parrot, il nous semble probable que les faits décrits par l'éminent professeur ont obéi à la même évolution que dans notre observation. Il les a découverts chez 44 enfants dont l'âge variait de 3 à 53 jours, et les cas le plus précocement examinés avaient trait à des nouveau-né de 6, 5, 4 et 3 jours. Ne peut-on pas admettre dans ces faits que la marche de l'ossification avait pu déjà isoler les anfractuosités membraneuses du reste des sutures normales et les transformer en trous, soit durant la vie intra-utérine même, soit pendant les deux ou trois pemiers jours de la vie extra-utérine?

A défaut d'autre explication, force nous est de nous contenter de l'hypothèse pathogénique indiquée par Parrot. Si l'on songe toutefois que l'encéphale constitue avant la naissance une masse molle, homogène, presque dénuée de circonvolution; qu'il est engainé par les méninges et baigne médiatement dans le liquide céphalo-rachidien, on éprouve quelque difficulté à concevoir comment cet organe peut exercer une pression assez intime à la face profonde de la calotte crânienne pour en entraver le développement. (*A suivre*).

(1) Parrot. — *Des perforations crâniennes spontanées chez les enfants du premier âge.* (*Revue de méd. et de chirurg.* Tome III, 1879, p. 769).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Georges VILLE, professeur de physique végétale au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer, pour une partie de son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1890-1891, par M. Guignet, licencié ès sciences physiques, lauréat de l'Institut.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Chloroformisation à l'Académie de Médecine.

A l'Académie de Médecine la discussion sur la chloroformisation vient de reprendre. Un certain nombre de points méritent d'être relevés dans les communications de mardi dernier. Nous devons tout d'abord très chaudement féliciter M. Laborde qui, avec une patience que rien ne peut décourager, poursuit ses études expérimentales dans une voie qui — nous en savons quelque chose — est une des plus embarrassées de la physiologie. Un poète aurait beau jeu pour décrire, à la manière de Boileau, tous les *embarras* de ce chapitre-là !

Nous n'avons pas encore vu à l'œuvre l'Appareil de M. Laborde; nous attendrons donc pour en parler. Mais nous doutons encore (que notre maître veuille bien nous pardonner cet enragé scepticisme !) de son efficacité pour les *cas foudroyants, et presque toujours mortels, du début* de l'anesthésie, extrêmement rares il est vrai (syncope cardiaque primitive), où la respiration artificielle n'a jamais donné — sous nos yeux du moins — le moindre résultat. Evidemment, quand il s'agit d'*accidents toxiques* par abus d'anesthésique, la respiration artificielle est le seul remède! Nous avouons sans peine qu'elle est dans ces cas-là un moyen absolument merveilleux, aussi certain que peut l'être un procédé clinique ; et c'est certes le seul, absolument le seul à tenter, au moment même de l'accident ! Mais, nous le répétons, nous doutons encore pour ces *syncopes mortelles du début*, préanesthésiques, comme on les a appelées, et dues peut-être autant à l'émotion qu'à la chloroformisation.

M. Labbé a prétendu qu'il a toujours constaté, à la minute, à la seconde qui précède la syncope, une respiration toute spéciale. Nous reconnaissons la grande compétence de M. Labbé sur ce sujet. Mais, encore une fois, tout est différent suivant le moment où survient l'accident. Pour les syncopes du début auxquelles nous faisions allusion il y a un instant, il semble n'y avoir aucune respiration spéciale. La mort est parfois absolument *instantanée* et survient ordinairement sans que la personne la plus expérimentée, la plus attentive, puisse la soupçonner. On voudra bien attribuer quelque créance à ce dire si l'on nous permet de rappeler ici que nous avons publié le seul cas de mort que nous ayons eu à déplorer, que ce cas de mort est survenu dans ces conditions-là (syncope du début, préanesthésique), que sur les nombreuses chloroformisations que nous avons faites *nous-même* avec le procédé des doses faibles et continues nous n'avons pas eu une seule fois la moindre alerte, sérieuse bien entendu, et nécessitant la respiration artificielle (1).

Par contre, si l'accident est d'*origine toxique*, s'il survient dans la période d'excitation quand on emploie les anciens procédés d'anesthésie, il se passe certainement, avant l'arrêt de la respiration, quelque chose d'insolite ; nous avons même insisté déjà sur ce point.

(1) Nous faisons exception pour un ou deux cas d'*alcooliques avérés* endormis à l'hopital Bichat, à une époque où nous n'avions encore qu'une expérience fort restreinte de ce procédé.

Nous nous souvenons d'avoir pu annoncer à l'avance, dans deux cas, la nécessité de la respiration artificielle, en voyant deux de nos camarades administrer le chloroforme par le procédé des doses faibles et continues d'une façon trop défectueuse. Nous nous proposons de revenir ultérieurement sur ce point que nous ne pouvons développer ici.

Malgré l'affirmation de notre vénéré maître, M. A. Guérin, nous ne pouvons admettre que la *méthode de chloroformisation à doses faibles et continues*, telle que nous l'avons récemment décrite (1), telle que nous l'employons tous les jours, telle que nous l'avons utilisée sous les yeux de nos maîtres, MM. Terrier, Guyon, Quénu, Segond, Terrillon, Poirier, Routier, Ricard, etc., qui ont bien voulu nous confier des malades, soit comparable à celle que Simpson recommanda au début de ses si belles recherches. Il suffit de recourir aux publications même de l'inventeur de la chloroformisation pour s'en assurer (2). Certes, Simpson était pour les doses faibles; mais qu'on aille au fond des choses et l'on verra que l'on ne peut prétendre que le procédé actuel des doses faibles et continues appartient réellement au chirurgien anglais. En pareille affaire, tout est dans le détail, ou la question de procédé, de technique pure, ne signifie plus rien.

Enfin, au dire de M. Laborde, nous aurions recommandé dans notre Revue de la *Gazette des Hôpitaux* « de pincer les narines avec les doigts qui tiennent appliquée la compresse sur la figure (3) ». A la dernière séance de l'Académie, il l'a répété encore, quoique M. Labbé lui ait fait remarquer que jamais, dans le procédé qui lui appartient, il n'ait conseillé cette manière de faire (4). Nous tenons à déclarer de suite que ce qui a permis à notre maître, M. Laborde, de croire que nous procédions ainsi dans tous les cas, c'est un mot malheureux qui nous a échappé (page 398, col. 1, note 1). Le voici : « La compresse est alors fortement appliquée sur les *ailes du nez* à l'aide du pouce et de l'index. » Ce sont ces mots « *ailes du nez* » qui sont cause de tout le mal. Nous aurions dû écrire « sur les *os nasaux* », ce qui aurait changé du tout au tout la portée de cette phrase, puisque de cette façon on n'aurait pas pu nous accuser de pincer les narines pendant la chloroformisation. Certes, quelque fois nous avons eu recours à cette pratique, recommandée par M. A. Guérin, mais nous n'avons jamais eu la prétention de l'ériger en règle absolue. Si d'ailleurs M. Laborde avait eu l'occasion de nous voir une fois à l'œuvre, il aurait pu sans peine rectifier cette erreur de description. Nous avons tenu à faire cet acte de contrition pour faire cesser de suite ce léger malentendu.

Il nous semble que dans toutes les discussions, en France comme à l'étranger, sur la chloroformisation, on parle surtout des accidents dus à la trop grande quantité d'anesthésique absorbé! Certes, ceux-là sont importants à connaître, parce qu'ils sont les plus fréquents; parce que chez nous le premier venu, étudiant ou externe, interne ou docteur, donne le chloroforme sans se préoccuper assez de la responsabilité qu'il encoure, s'il n'a pas fait un apprentissage suffisant sous l'œil d'une personne expérimentée. Mais il faut dire aussi que ce ne sont pas les plus graves et que par la respiration artificielle on en vient presque toujours à bout; qu'un chloroformiseur de profession *ne les redoute pas*, — mais absolument pas, — du moins s'il a recours au procédé des doses faibles et continues, employé *comme il convient* (1).

Ce dont celui-là a peur, ce qui doit faire frissonner aujourd'hui encore, en prenant le chloroforme, tout médecin qui a conscience de l'importance de la fonction qu'on lui confie, c'est le spectre toujours dressé devant lui de cette *syncope du début* (2), heureusement très exceptionnelle, survenant dès les premières secondes ou les premières minutes, — même avec deux ou trois gouttes de chloroforme sur la compresse, — véritable épée de Damoclès suspendue sur deux têtes: celle qui veut faire dormir et celle qui vous joue le mauvais tour, sans rime ni raison, de se mettre à trop dormir ! Marcel BAUDOUIN.

(1) Baudouin (M.). — *Un nouveau procédé d'anesthésie chloroformique : Chloroformisation à doses faibles et continues.* (*Gazette des Hôpitaux*, 7 et 14 juin 1890).

(2) Voir, sur ce sujet, M. Perrin et Lallemand. *Traité d'anesthésie chirurgicale*, 1863, p. 78.

(3) *Bull. Acad. de méd.*, 27 juin 1891, p. 824.

(4) *Tribune médicale*, 11 juin 1891, p. 379.

(1) Nous insistons sur ces mots parce que beaucoup croient agir de la sorte alors qu'ils ne font que suivre les anciens errements.

(2) Souvent ces syncopes se produisent chez les sujets qui ont une *peur* terrible du chloroforme (Voir notre travail de la *Gazette des Hôpitaux*).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 mai 1891. — PRÉSIDENCE DE M. DUCHARTRE.

MM. LÉPINE ET BARREL. — *Sur la détermination exacte du pouvoir glycolytique du sang.* — Pour déterminer d'une manière tout à fait exacte la teneur d'un sang en ferment glycolytique, il ne faut pas le défibriner préalablement, car on commettrait une erreur en moins qui pourrait être d'un dixième environ. On recevra directement le sang qui coule de l'artère dans deux ballons : l'un préalablement pesé et renfermant du sulfate de soude à 90° c. au moins; l'autre contenant du sable de Fontainebleau stérilisé et immergé dans le bain-marie à 39° c. On agite fortement ce dernier ballon pendant quelques minutes, puis on le laisse une heure à 39°. Au bout de ce temps on en verse le contenu dans du sulfate de soude à 90° c. au moins. La différence obtenue par le dosage du sucre, dans les deux ballons, correspond au pouvoir glycolytique. Il est cependant encore une condition à observer, c'est que le chien ait été maintenu à jeun depuis un certain temps. MORAX.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 6 juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. FÉRÉ décrit différentes formes d'*hallucinations peu connues*; les premières sont les hallucinations spéculaires ou autoscopiques ; elles consistent en ce fait qu'un individu voit sa propre image, soit comme un reflet, soit avec la même netteté que devant un miroir. Les secondes sont des hallucinations altruistes, dans lesquelles on extériorise une sensation personnelle, en la reportant sur un autre individu.

M. DUPUY a étudié la *cause du premier mouvement respiratoire* chez le fœtus. En examinant par transpa-

rence, à travers la paroi utérine, les fœtus d'une femelle de cobaye en gestation, on les voit exécuter leurs premières inspirations quand les vaisseaux comprimés de la mère laissent le sang veineux s'accumuler dans l'utérus. C'est donc à la surcharge d'acide carbonique qu'il faut attribuer le rôle prépondérant dans la production du premier mouvement respiratoire.

M. ZACHARIADÈS s'est assuré, par l'action de la potasse, que dans le *cartilage hyalin* des Mammifères les cellules ne présentent pas de prolongements protoplasmiques.

M. BROWN-SÉQUARD rapporte une observation d'*accès de suffocation* qui n'amènaient pas la mort par asphyxie, parce qu'il se produisait, au cours de ces accès, un arrêt des échanges entre les tissus et le sang, arrêt rendu manifeste par la coloration rouge que prenait le sang des veines.

MM. CADÉAC et MEUNIER adressent une note résumant leurs communications précédentes sur l'*intoxication par le vulnéraire.*

M. CHARPENTIER, de Nancy, envoie une note sur l'*appréciation du temps par la rétine.* A. PILLIET.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. TARNIER.

M. LABORDE continue sa communication sur les *accidents de la chloroformisation* et étudie les moyens curatifs de ces accidents. Ils ont tous pour objet de rétablir le fonctionnement de la respiration dont l'extinction constitue le mécanisme essentiel de l'action toxique du chloroforme. Le meilleur est la respiration artificielle par le procédé de l'insufflation. Dans ce but, M. Laborde a imaginé un appareil permettant, à tout moment de la chloroformisation et de l'opération, de constater facilement et d'une façon certaine l'état des mouvements respiratoires et permettant de plus de pratiquer sur l'homme, le cas échéant, l'insufflation pulmonaire.

M. LABBÉ ne partage pas les idées de M. Laborde. Les accidents sont toujours précédés de troubles caractéristiques dans la respiration et il suffit, dès qu'on les constate, de pratiquer la respiration artificielle. Pour cela, il n'y a pas besoin d'appareil particulier. Il suffit d'un aide expérimenté qui surveille constamment le malade et pratique immédiatement la respiration artificielle. Il nie qu'on puisse comparer ce qu'on observe chez les animaux et chez l'homme.

M. GUÉRIN demande en quoi consistent les troubles respiratoires caractéristiques prémonitoires de l'accident.

M. LABBÉ répond que c'est difficile à préciser, mais que lorsqu'on a une fois entendu ce rythme particulier on ne l'oublie plus, et il le compare à celui des agonies non chloroformiques.

M. GUÉRIN fait observer qu'alors ce rythme n'a rien de caractéristique, puisque c'est le même que celui des agonisants ordinaires. La méthode d'administration du chloroforme, par doses fractionnées, nous a été enseignée par Simpson et c'est elle qui donne les meilleurs résultats.

M. CHAUVEAU, répondant à M. Labbé, dit qu'il n'a jamais constaté de différence entre la chloroformisation chez les animaux et chez l'homme. Même réaction, même façon de succomber. Quant aux moyens curatifs, les plus simples sont les meilleurs, mais puisqu'il y a des cas mortels, on doit au contraire encourager ceux qui cherchent à les éviter par des appareils spéciaux.

M. LABORDE n'admet pas non plus de différence entre la chloroformisation de l'homme et des animaux. Les physiologistes agissent du reste avec autant de précaution que les chirurgiens, par exemple pour les chiens qui sont plus sensibles que l'homme au chloroforme.

M. PÉRIER présente une jeune fille de 13 ans 1/2 à laquelle il a pratiqué la *laryngotomie pour extraire un corps étranger* fixé dans le larynx depuis un mois. Quatre heures après l'arrêt du corps étranger (un morceau d'os) la trachéotomie avait été pratiquée sans qu'on pût l'extraire. Un mois après, l'enfant entra à l'hôpital complètement aphone et ne pouvant respirer qu'avec la canule. Le fragment osseux était fixé au-dessous de la glotte, parallèlement aux cordes vocales. M. Périer fit, avec le concours de M. Gougenheim, la laryngotomie le 23 mars, après anesthésie chloroformique par la canule. L'incision fut faite sur la ligne médiane, depuis l'os hyoïde jusqu'un peu au-dessus de la plaie trachéale ; incision de la partie inférieure du corps thyroïde, de la membrane crico-thyroïdienne et de cartilage cricoïde. Le corps étranger fut alors extrait. Réunion par première intention. La canule fut retirée au bout d'un mois. Aujourd'hui la guérison définitive est complète et absolue.

M. TUFFIER rapporte une observation d'*extirpation par dissection d'un grand kyste du rein* (*néphrectomie partielle*), *avec suture et réunion par première intention du parenchyme rénal, suivie de guérison.* — L'opération qui vise l'extirpation des tumeurs bénignes du rein consiste à extirper radicalement la tumeur qui est bénigne en conservant le rein qui est normal. Elle paraît meilleure que la néphrectomie totale ou le drainage de la tumeur, la première donnant 45 0/0 des morts et la seconde méthode étant incomplète et laissant 50 0/0 de fistules persistantes. — Il s'agit, dans le cas particulier, d'un homme de 64 ans atteint d'hématuries depuis un an, sans troubles de la miction, sans douleurs spontanées, d'intensité variable. Le diagnostic de néoplasme vésical est porté. Mais la région rénale fait reconnaître à droite un rein très gros, abaissé, et du volume d'une tête de fœtus qui fait penser à un néoplasme. Le 9 février on pratique une incision qui fait reconnaître que l'extrémité inférieure et le corps du rein sont normaux. L'extrémité supérieure, au contraire, présente une tumeur du volume du poing. On l'amène alors en la faisant basculer dans le champ opératoire. Il s'agit d'un grand kyste rénal, transparent, très localisé au sommet du rein. Le kyste est disséqué sans perte de sang, le pédicule rénal étant comprimé. Puis la plaie du parenchyme rénal est réunie par cinq points de catgut et la capsule réunie. On constate alors qu'en supprimant la compression du pédicule rénal il ne se fait aucun suintement. On réduit alors le rein dans sa loge et l'incision musculaire et cutanée est suturée sans drainage. Au bout de 7 jours, les crins sont enlevés et tout est terminé du côté de la plaie. Les hématuries continuant, le néoplasme vésical, — épithélioma, — est enlevé par la taille sus-pubienne. Le malade est actuellement guéri de ces deux opérations.

M. KALT rapporte l'observation d'un *anévrysme artério-veineux de la carotide dans le sinus caverneux, d'origine traumatique et de ligature de la carotide primitive.* — Il s'agit d'un homme de 35 ans qui, à la suite d'une chute sur l'occiput, le 1er janvier, eut une bosse sanguine volumineuse, avec écoulement de sang par le nez, la bouche et l'oreille gauche, et hémiplégie incomplète passagère. En février survint de l'exophtalmie avec immobilité de l'œil et douleurs intra-orbitaires très vives, avec battements très forts dans la tête. Entré le 20 avril aux Quinze-Vingts, on constate de l'exophtalmie réductible par une pression douce du ptosis complet avec paralysie de tous les muscles de l'orbite et des battements sychrones au pouls dans la région supéro-interne de l'orbite, avec bruit de souffle continu, avec redoublement systolique disparaissant par la compression de la carotide au cou. Surdité à gauche et anesthésie dans le domaine de la branche ophtalmique. Un anévrysme de carotide au niveau du sinus caverneux étant diagnostiqué et confirmé par M. Delens, l'auteur pratique la ligature de la carotide au cou le 25 mai. Aucun trouble nerveux consécutif. Oblitération de la plaie au bout de 8 jours. Aujourd'hui, c'est-à-dire 15 jours après, l'exophtalmie a diminué, les battements intra-crâniens ne sont plus revenus, mais les muscles oculaires sont encore paralysés, sauf le grand oblique. Un souffle au niveau du malaire a été constaté. Le malade est tranquille et on peut espérer la guérison. P. SOLLIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 5 juin 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

MM. Debove et Rémond (de Metz) présentent un malade atteint d'*accidents hystéro-traumatiques consécutifs à une décompression brusque.* — Il s'agit d'un homme vigoureux de 35 ans employé sous cloche à des travaux sous-marins dans le port de Trouville, sous une pression voisine de 3 atmosphères. Le 13 août, après 6 heures de séjour dans la cloche, il fut, par suite de l'inadvertance de ses camarades, brusquement décomprimé. Aussitôt, sans même savoir ce qui lui était arrivé, il perd connaissance et ne revient à lui que 2 heures après avec des attaques hystériques ininterrompues pendant huit jours. A cet état succède une paralysie des 4 membres qui se résout enfin en une hémiplégie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle du même côté. Rétrécissement marqué des deux champs visuels.

Il semble donc, le sujet n'étant nullement prédisposé, que le traumatisme peut créer l'hystérie de toutes pièces. Il faut remarquer que chez ce malade le traumatisme a porté sur tout l'ensemble de l'individu. Dans les observations d'accidents de décompression antérieurement publiées, on peut reconnaître un assez grand nombre de cas d'hystéro-traumatisme (monoplégies transitoires, hémiplégies, aphasies transitoires, convulsions). Les accidents de la décompression ont été expliqués, on le sait, par la théorie de l'embolie gazeuse, d'où le traitement de ces accidents par la récompression suivie d'une décompression lente. Mais tout en admettant la possibilité de l'existence de lésions organiques dues à la décompression brusque la marche des accidents et les autopsies montrent qu'il ne faut pas être trop exclusif et qu'un certain groupe des manifestations morbides de la décompression brusque paraît relever de l'hystérie.

M. Rendu demande si dans ces recherches M. Debove a constaté l'existence de véritables hémiplégies.

M. Debove. — Oui, mais il subsiste un doute sur leur nature, parce que dans la plupart des cas l'examen de l'état de la sensibilité n'a pas été fait.

M. Dumontpallier. — Dans les expériences faites par P. Bert on n'a jamais observé autre chose que la paraplégie. Celle-ci doit être attribuée, selon moi, à la disposition anatomique spéciale que présentent les veines dorso-lombaires et qui permet dans cette région l'accumulation des gaz. M. Ranvier a confirmé mon hypothèse.

M. Debove. — Je ne conteste pas l'existence possible de paralysies organiques. Je dis seulement que toutes les paralysies par décompression brusque n'ont pas cette nature et qu'il en est qui reconnaissent pour cause l'hystérie.

M. Raymond, en son nom et en celui de MM. Déléage et Kœnig, lit un travail sur l'*état de l'appareil de la vision dans la Maladie de Thomsen.* On a déjà signalé dans cette affection des cas où les spasmes avaient envahi les muscles moteurs des globes oculaires (Weichmann, Strumpell, Wesphal et Weichmann). D'autres phénomènes survenus chez des malades qui font le sujet de cette communication n'ont pas encore été signalés. Chez l'un d'eux, l'examen des yeux, fait en juillet 1890 par M. Kœnig, avait fait constater un certain signe d'insuffisance musculaire due à un astigmatisme mixte de l'œil gauche. L'œil droit ne présentant aucune anomalie de la réfraction, les mouvements des yeux dans différentes directions s'accomplissent assez bien, à condition de ne pas être précipités. L'amplitude d'accommodation est normale. Les pupilles réagissent bien à la lumière, l'acuité visuelle est normale à droite, un peu diminuée à gauche par suite de l'astigmatisme. Ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie. Pas de lésions du fond de l'œil.

Quand le malade remue brusquement la tête ou qu'il est tout à coup interpellé vivement, il éprouve un spasme qui rétracte les paupières, rend les yeux saillants et donne au regard une étrange fixité. Il se produit en même temps (fait non encore signalé) de l'amblyopie ou même une véritable cécité. Les muscles droits internes ont augmenté d'épaisseur et de dimensisns, les autres muscles droits de l'œil ont également tendance à l'hypertrophie, indice de l'évolution progressive de la maladie. Le second malade présente les mêmes phénomènes à un degré plus élevé. L'acuité visuelle est bonne, aucune anomalie de réfraction, pas de lésions au fond de l'œil. L'amblyopie et l'amaurose transitoires surviennent comme chez le premier malade à la suite des mouvements brusques de la tête. La vision devient confuse, ce qu'on peut attribuer à des troubles circulatoires portant sur les vaisseaux réténiens et produits par suite de la pression exercée sur l'œil par les muscles extrinsèques. L'expérience de Donders confirme ce mécanisme.

En somme, dans la maladie de Thomsen, les troubles moteurs caractéristiques atteignent les paupières et les muscles propres des yeux. Ceux-ci peuvent s'hypertrophier d'une façon très notable. L'accommodation n'est nullement modifiée, ce qui tient à la constitution anatomique du muscle ciliaire (m. lisse) qui ne peut être atteint par la maladie qui frappe seulement le tissu musculaire strié. Il peut survenir de l'amblyopie et de l'amaurose transitoires à la suite des contractions spasmodiques des muscles, des yeux, soit isolés, soit associés aux mouvements spasmodiques des muscles du cou.

L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Lucas Championnière tient à faire quelques remarques sur la *trépanation pour épilepsie*, à propos du rapport que M. Terrier a lu dans la dernière séance. Il a déjà publié deux observations analogues à celles que M. Terrier a rappelées, mais il en possède plusieurs autres inédites. Il croit aussi devoir rappeler que la chirurgie cérébrale a été inaugurée en France par Broca, qui, le premier, a opéré dans un cas analogue. On a tort, en fait d'épilepsie, d'attribuer trop d'importance à ces mots : épilepsie idiopathique ou sans lésions et épilepsie jacksonienne ou symptomatique. Les médecins font erreur, certainement, quand ils disent que l'épilepsie jacksonienne est une indication excellente pour l'opération, qu'elle montre nettement le point où doit porter l'intervention chirurgicale. Quand on a fait beaucoup de trépanations pour ces cas-là, on s'aperçoit vite que l'épilepsie à type jacksonien n'est pas un guide aussi sûr qu'on a bien voulu le dire. Dans quatre faits, entre autres, qu'il cite parce qu'il y a eu autopsie et contrôle anatomique, ayant trait à des malades porteurs du diagnostic : épilepsie jacksonienne, on n'a pas trouvé la maladie indiquée par la localisation épileptique. Voici ces faits : 1° Malade à accès types ; 21 attaques dans la nuit qui précéda l'opération. Trépanation. On ne trouva rien et pourtant l'opéré fut soulagé. Mort brusque en 13 heures. Or, il y avait un foyer hémorrhagique au-dessous de la 2e frontale droite. Les accidents d'épilepsie jacksonienne étaient causés par une irritation à distance, dans une région très éloignée. 2° Troubles moteurs ; malade souffrant depuis deux ans ; localisation très nette des phénomènes épileptiques. Mort. Or, à l'autopsie on trouva une énorme tumeur de la base du cerveau, gagnant la périphérie, n'ayant déterminé que fort tardivement des phénomènes d'irritation. 3° Un cas analogue (tumeur de la base du crâne, cette fois). 4° Dans un dernier cas, enfin, M. Charcot avait diagnostiqué une épilepsie jacksonienne. Or, on trouva une méningo-encéphalite non limitée. Mort en 48 heures par coup de fouet donné à la maladie.

Il faut conclure de là que la trépanation n'est pas toujours bénigne et qu'il ne faut pas être surpris si, alors même qu'on a le diagnostic d'épilepsie jacksonienne, on ne trouve pas de lésions. Mais cela veut dire aussi qu'il y a de graves lésions dans le voisinage des centres. Horsley, d'ailleurs, a insisté sur la gravité de la trépanation dans ces cas où il y a des lésions très étendues, des grosses tumeurs de la base, par exemple, arrivant à un moment donné à irriter la région des centres. Très rapidement, en pareille occurrence, l'intervention amène la mort. La gravité de l'opération est due non pas à la trépanation elle-même, mais aux lésions antérieurement existantes. Pourtant il faut opérer parce qu'on soulage toujours ces malades, et cela d'une façon très nette. M. Championnière en cite un exemple très probant. Cette trépanation doit toujours être très grande, immense,

pour tout dire. Il faut découvrir non pas un point, mais une région ; c'est pour cela que tous les procéduneules de la topographie crânio-cérébrale sont inutiles ou à peu près. Tous ceux qui ont fait des trépanations sur le vivant, et non pas à l'amphithéâtre, le savent bien. Les anatomistes seuls croiront intéressants de se disputer sur le plus ou moins de chances qu'on a, par un procédé donné, de tomber exactement sur tel ou tel centre. Pour lui, lorsqu'il s'agit d'épilepsie, la décompression joue un rôle manifeste et cela, qu'il s'agisse d'épilepsie idiopathique ou Jacksonienne. La preuve, c'est que les malades accusent toujours après l'opération un bien-être indicible, eux qui sont accoutumés d'être en proie à une tension cérébrale énorme. La preuve, c'est que les résultats les plus satisfaisants de la trépanation concernent bien plutôt les phénomènes douloureux que les attaques elles-mêmes ; qu'il y a détente cérébrale pendant quelques mois, puis que tout revient bientôt dans le même état qu'avant. L'épilepsie Jacksonienne est un assez bon guide pour l'opération, quand elle est très nettement limitée à une région, quand elle revêt la forme monoplégique et s'accompagne de phénomènes paralytiques.

La réimplantation osseuse dans l'épilepsie n'est qu'un trompe-l'œil; certes elle a ses indications en matière de chirurgie cérébrale ; mais ici elle est mauvaise car, elle empêche la détente cérébrale qu'on recherche surtout par les grandes destructions de paroi crânienne. Quand la plaie ne suppure pas, les parties molles constituent une paroi très suffisante.

En terminant, M. L. Championnière se plaint *avec juste raison de ce que les médecins n'adressent aux chirurgiens que des malades presque agonisants, souvent inopérables.* « Ils laissent la maladie évoluer des années entières et ne nous confient leurs clients que quand les lésions sont tellement avancées qu'il n'y a plus rien à faire. » Si Horsley, Mac Ewen et les Americains ont tant de succès, cela tient exclusivement à ce que les médecins étrangers ont appris à l'Université à envoyer les malades aux chirurgiens en temps voulu (1).

M. Terrier est d'accord avec M. L. Championnière sur bien des points. Comme lui, il admet la nécessité des larges ouvertures crâniennes dans l'épilepsie; comme lui il ne considère pas la réimplantation osseuse ultérieure comme indiquée. Mais il ne comprend pas le rôle que l'on veut faire jouer à la décompression cérébrale. On ouvre un crâne: le cerveau bombe; on ne trouve pas de lésions correspondant à la forme d'épilepsie diagnostiquée et on conclut de là que c'est la décompression qui soulage le malade. Ce n'était pas très difficile à découvrir ; mais rien ne prouve que ce soit là la cause de l'amélioration qu'on constate chez les malades. M. Terrier n'est pas enthousiasmé des résultats obtenus par la trépanation dans ces cas et la trépanation peut être grave. Il a vu des morts rapides, à la suite d'hémorrhagies persistantes, de choc traumatique, etc. L'ennui, c'est qu'on agit trop à l'aveugle. La trépanation, dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, est défendable dans certains faits; mais c'est un autre côté de la question. Un point l'intéresse encore plus: c'est celui de l'extirpation des centres moteurs qu'on suppose lésés ou qui le sont. S'ils le sont, on peut enlever la lésion et espérer une guérison ; dans l'autre cas on enlève le point où l'on suppose exister des altérations biologiques, plus ou moins comparables à celles de l'épilepsie essentielle. Doit-on ou ne doit-on pas enlever ces centres dans les deux cas? C'est là une question que l'expérimentation chez l'homme seule pourra résoudre. Doit-on craindre que la cicatrice, résultant de cette ablation constitue une épine, capable elle-même de provoquer des crises? S'il en était ainsi, l'extirpation des centres moteurs ne constituerait qu'un cercle vicieux.

M. Championnière répète que le meilleur phénomène directeur pour la trépanation est encore la douleur ; après vient la paralysie. Ce n'est pas le trépan qui est grave, mais les lésions anciennes qui le nécessitent. C'est la lésion cérébrale pour laquelle on intervient qui fait la différence dans la gravité de tel ou tel cas. Toutefois il faut savoir qu'on peut avoir pendant l'opération des hémorrhagies très considérables. Il persiste à faire jouer un grand rôle à la décompression cérébrale, peut-être par suite de la sortie d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien. Il ne comprend pas pourquoi on veut enlever des centres moteurs qui ne paraissent pas malades, d'autant plus que l'épilepsie Jacksonienne est souvent due à une irritation à distance. D'ailleurs, en procédant ainsi, on a forcément de la paralysie quand on intervient dans la région motrice, et cette paralysie peut persister, ce qui est fort ennuyeux.

M. Felizet lit une note intitulée: *Utilisation du périoste du calcanéum dans la suture du tendon d'Achille rupturé au niveau de cet os.* Chez un homme de 45 ans, qui se sectionna le tendon d'Achille au ras du calcanéum, il réséqua un coin de l'angle supéro-postérieur du calcanéum en conservant le périoste qui recouvrait ce coin. Ce périoste décollé fut suturé au bout supérieur du tendon resté élevé, en mettant le pied dans l'équinisme. De la sorte on déplaça l'insertion du tendon d'Achille qui fut reporté à quelques centimètres plus bas. Cet homme est parfaitement guéri, fonctionnellement parlant.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 10 juin 1891. — Présidence de M. P. Vigier.

M. Champigny présente, au nom de M. Choay, une note confirmant la communication de M. Catillon sur les *impuretés de la créosote* et la manière de la purifier. Pour les injections, M. Choay préfère comme excipient l'huile d'amandes douces stérilisée.

M. Adrian, pour M. Choay, indique comme densité de la créosote celle du Codex (1067), tandis que M. Catillon indique celle de 1080.

M. Catillon. — La densité de 1067 est incompatible avec les données indiquées par le Codex pour la distillation.

M. Adrian. — Dans les créosotes que nous recevons des fabricants, j'ai trouvé plusieurs fois du phénol; comment se fait-il qu'il y ait du phénol dans les créosotes de bois?

M. Catillon. — Je crois que le phénol est un produit dans la distillation du bois.

M. Bocquillon. — Si on emploie des bois résineux ou contenant des huiles essentielles, on trouve du phénol dans le produit de distillation, comme dans la distillation du bouleau.

M. P. Vigier 1° présente un cahier de *papier Balme au sublimé* ; 2° lit une note sur les solutions hypodermiques de *lactate de quinine*. Pour rendre ce sel soluble, je dissous le sulfate de quinine dans de l'eau acidulée à l'acide phénique puis je précipite et je dissous la quinine par l'acide lactique. *Discussion sur le dosage des principes actifs des plantes.*

M. Yvon. — Le nombre des extraits diminue de plus en plus en pharmacie : les uns sont actifs, les autres inactifs. L'extrait d'opium doit être fait avec de l'opium titré. La sécheresse de l'opium est très variable et sa teneur va en augmentant avec le temps. Il serait préférable de se baser sur la teneur en principes actifs de l'extrait et non pas sur celle de la plante elle-même. Et il vaudrait mieux se servir toujours d'extrait sec dosé.

M. F. Vigier. — On ne pourrait se baser sur l'action d'une digitale qu'en voyant par l'expérimentation combien il faut de cette digitale pour tuer un animal.

(1) Cette remarque de M. Championnière est extrêmement juste, et nous prions nos lecteurs d'y prêter la plus grande attention. Elle est vraie pour l'Allemagne comme pour les pays d'outre mer. Notre manière de procéder en France est due exclusivement à ce que, dans les Cliniques de la Faculté, on ne fait que recommander aux étudiants de ne faire appel aux chirurgiens de profession — qu'on accuse de couper à tort et à travers — qu'à la dernière extrémité. On y entend chaque jour cette phrase, à propos d'affections qu'on sait presque incurables, médicalement parlant: « Ne recourez aux chirurgiens qu'après avoir passé en revue tous les moyens médicaux ! » Comme pour chaque maladie il y en a au moins 50 qui ont été préconisés par des médecins connus, on les essaie de confiance les uns après les autres, alors que l'on sait très bien qu'on n'arrivera à rien de la sorte. Et pendant tout le temps que le médecin.... tourne la manivelle et fait aux drogues... de la prunelle, la maladie marche et ne fait que croître et embellir. Après avoir tenté de 50 à 100 potions, on adresse au chirurgien le malade qui meurt parfois au seuil de l'hôpital. M. Championnière en a cité un exemple typique ! (M. B.).

M. Bardet. — Il y autant de différences entre les alcaloïdes venant d'une maison ou d'une autre, qu'entre les extraits et les teintures venant de chez un droguiste ou de chez un autre. Il est nécessaire que le médecin soit certain de trouver des médicaments toujours semblables à eux-mêmes. C'est à cela que l'on doit arriver. Il serait bon que les pharmaciens fissent toujours des dosages des extraits, teintures. Il y a à surmonter les habitudes des pharmaciens; les poudres offrent des variabilités énormes.

M. Catillon. — Il serait préférable de se servir d'extrait mou. A. Raoult.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 11 juin 1891. — Présidence de M. Lailler.

MM. Besnier, Vidal et Le Bec présentent une malade atteinte de *rhinosclérome.* C'est une femme de Costa-Rica, chez laquelle la lésion a commencé au niveau de la sous-cloison pour s'étendre vers les parties latérales du nez, qui est devenu camard. L'aspect extérieur des lésions pourrait en imposer pour de la tuberculose. M. Besnier insiste sur la bénignité absolue de la lésion considérée en elle-même, sur l'absence d'adénopathie, mais sur sa gravité au point de vue de l'extension de la maladie et de ses récidives. Dans tous les cas connus, quelque complète qu'ait été l'opération, la récidive est survenue au voisinage. Chez cette malade, la lésion a gagné l'amygdale ; elle tend à descendre vers le larynx : c'est dans ces cas qu'il survient une sténose laryngée nécessitant la trachéotomie. M. Vidal insiste sur l'histologie pathologique des tumeurs. M. Le Bec discute le procédé opératoire qu'il compte employer.

M. Besnier présente une malade atteinte de *syphilomatose tuberculo-gommeuse tertiaire d'origine conceptionnelle.* Il montre combien est difficile chez cette femme le diagnostic objectif entre les lésions de tuberculose et celles de syphilis. Néanmoins, certaines cicatrices déprimées qui existent sur le cuir chevelu, des lésions constituées par une véritable coupure du lobule de l'oreille, et que ne produit jamais la tuberculose, permettent de faire le diagnostic de syphilis. L'histoire de cette femme est intéressante à rapporter. Elle épousa, il y a dix-sept ans un homme syphilitique qui succomba deux ans après à la tuberculose. Elle eut de cet homme un enfant qui mourut d'une affection diagnostiquée méningite. Jamais elle n'eut de manifestation spécifique. Elle s'est remariée il y a quatorze ans et a eu de son second mari non syphilitique un enfant qui est parfaitement sain. C'est récemment que sont survenus pour la première fois des accidents syphilitiques qui n'ont pas été traités et ont eu une réelle gravité de par ce fait même.

M. Hallopeau montre un malade qui présente de *nombreux groupes de cicatrices consécutives à des boutons des pays chauds ;* elles offrent de grandes analogies avec des cicatrices d'origine syphilitique ; les antécédents du malade qui a habité autrefois pendant deux ans les environs de Gafsa et y a été atteint des boutons qui portent le nom de cette ville et, d'autre part, l'existence chez lui de signes d'une syphilis toute récente viennent éclairer le diagnostic. Un examen attentif montre que l'identité de ces cicatrices avec celles que laissent les syphilides ulcéreuses n'est pas absolue; elles ont en effet, pour la plupart, des bords taillés à pic et comme à l'emporte-pièce ; c'est là un caractère qui appartient aux ulcérations syphilitiques, mais non aux ulcérations qui leur sont consécutives ; cet aspect abrupt et nettement tranché des bords devra, dans des cas analogues, mettre sur la voie du diagnostic et faire éviter une erreur qui pourrait être fort préjudiciable.

M. Darier présente une malade atteinte d'*actinomycose de la face.* La lésion, de diagnostic difficile, fut reconnue, après examen microscopique du pus qu'elle sécrétait, comme étant un cas d'actinomycose. On trouva dans le pus des petits grains opaques d'un blanc jaunâtre, de la dimension d'une graine de pavot. Le centre était granuleux et à la périphérie existaient les filaments granuleux ramifiés et renflés de l'actinomycose. Cette maladie a été traitée par le procédé électrochimique du Dr Gautier : ce procédé repose sur la décomposition d'une solution d'iodure de potassium par le courant de la pile. Après trois séances on obtenait le résultat favorable qui persiste. Dans ce cas l'étiologie reste obscure, et M. Darier ne pense pas qu'il existe aucun rapport de cause à effet entre cette lésion de la joue et un abcès dentaire que la malade avait eu dix mois auparavant. A signaler parmi les signes de la maladie, un gonflement notable de la joue, son adhérence au maxillaire et une douleur très vive.

M. Barthélemy présente un malade atteint d'*ecthyma.* Il s'agit d'un élève de l'Ecole d'Alfort qui a eu à pratiquer, ces jours derniers, un accouchement non antiseptisé chez une vache. Le lendemain il a vu survenir sur les deux membres supérieurs des pustules d'ecthyma, les unes épidermiques, les autres profondes.

M. Vidal fait remarquer qu'il s'agit ici de ces folliculites infecticuses qu'il n'est pas extrêmement rare de rencontrer.

M. Feulard présente un enfant atteint d'une *éruption bromique.* Contrairement à ce que l'on voit ordinairement, l'éruption n'est pas ici vésiculo-bulleuse mais constituée par de grands éléments végétants accolés sur la peau comme des pastilles. Elle est sèche, très prurigineuse et rappelle les syphilides hypertrophiques végétantes. Les muqueuses sont indemnes. Chez cet enfant âgé de 15 mois, on avait donné le sirop polybromuré. Il avait pris en tout 23 gr. de bromure dans l'espace d'un mois. L'éruption était survenue 15 jours après la cessation du traitement.

M. Cayla rapporte un cas semblable. On voit sur la jambe une large plaque d'aspect criblé, végétante. Depuis six mois l'enfant prenait du bromure de potassium et en avait ingéré en tout 300 gr. Les accidents étaient survenus après l'administration de 180 gr. environ.

M. Fournier insiste sur la possibilité d'erreur qui se produit dans des cas semblables. On croit à des accidents syphilitiques. En outre, il faut savoir que ces accidents se produisent quelquefois à une époque tardive de l'administration du bromure ou de l'iodure de potassium. Ces médicaments sont très bien tolérés pendant un certain temps, puis plus du tout sans qu'on sache pourquoi.

M. Morel-Lavallée rappelle un fait dans lequel les doses ingérées avaient été minimes. L'éruption survint alors que le traitement était fini depuis plusieurs jours; elle siégeait au point d'élection, c'est-à-dire à la partie externe de la jambe. Elle mit plus de trois mois à guérir.

M. Cayla. — Il est certain qu'au point de vue de la dose nous ne sommes pas fixés : j'ai vu un cas dans lequel il n'y avait eu que 5 grammes d'ingérés.

M. Jacquet. — On a même cité des cas et parfois prenant une gravité extrême chez des enfants allaités par leur mère, laquelle était soumise au traitement bromuré. On a cherché à s'opposer à l'éclosion des accidents par un traitement spécial : c'est ainsi que l'on a proposé comme moyen prophylactique l'administration du naphtol et du salicylate de bismuth. M. Féré a pu ainsi faire tolérer de fortes doses de médicament.

M. Fournier. — Il n'y a pas seulement inégalité de tolérance d'un sujet à un autre, mais aussi pour le même sujet. Les malades sont très nombreux qui supportent très bien de l'iodure de potassium à une époque, qui plus tard ne peuvent tolérer des doses inférieures.

M. Hallopeau cite des faits qui viennent à l'appui de l'opinion émise par M. Fournier.

M. Mauriac fait une communication sur un *cas d'excision de chancre syphilitique.* Le résultat fut négatif et au 47e jour apparurent les manifestations de l'infection généralisée. Les plaies opératoires ont guéri avec une grande rapidité.

M. Mauriac fait une seconde communication *sur un cas rare de déférentite et de vésiculite blennorrhagiques.*

M. E. Besnier fait une communication sur *les injections hypodermiques à haute dose d'huile simple ou médicamenteuse dans le traitement de quelques affections tuberculeuses ou autres.* Il a opéré sur des affections diverses : tuberculose pulmonaire, gommes scrofulo-tuberculeuses de la peau ou du pharynx, adénopathie tuberculeuse, etc. A la condition de se servir d'une huile chimiquement pure et stérilisée, on n'a pas d'accidents, comme l'avait bien dit M. Burlureaux, et on peut

injecter ainsi de 50 à 100 grammes et plus d'huile simple ou médicamenteuse. Les organes altérés sont modifiés, tandis que du côté des organes sains il ne se passe aucun phénomène anormal. Il se fait du côté des gommes, des tubercules lupiques, une réaction irritative : les ganglions aphlegmasiques ne réagissent pas, mais dans les gommes ouvertes se retrouve cette même action d'acuité. Dans les viscères altérés on peut voir survenir des accidents graves et subits. Dans un cas de ce genre, M. Besnier se demande si les accidents ne tenaient pas à la pénétration d'une quantité relativement considérable de créosote dans le système veineux. Il insiste donc sur les précautions à prendre lorsqu'on fait ces injections : il faut s'assurer que l'aiguille est bien dans le tissu sous-cutané et n'a pas pénétré dans une veine.

M. Morel-Lavallée a vu, lorsqu'il faisait des injections sous-cutanées d'huile créosotée, les mêmes phénomènes réactionnels se produire du côté des éléments morbides. A faible dose, il n'y avait pas de réaction, mais si l'on augmentait cette dose, on voyait apparaître de la tension, de l'inflammation, etc. Dans ces médicaments anti-tuberculeux, il semble que l'effet soit différent suivant que l'on emploie des doses moyennes ou des doses élevées. Paul Raymond.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS.

Séance du 2 juin 1891. — Présidence de M. Abadie.

M. Parinaud. — *De la périnévrite et des scléro-choroïdites rhumatismales.* — J'ai décrit le premier la névrite optique rhumatismale et les lésions des membranes profondes de même nature, ainsi que Macnamara l'a reconnu dans un travail récent publié dans le *Brit. med. Journal.* L'affection s'observe chez des rhumatisants atteints surtout de rhumatisme chronique erratique ou tout au moins chez des individus issus de rhumatisants ou de goutteux. Elle se développe parfois par métastase ; chez quelques sujets, on trouve nettement l'action du froid comme chez un malade où la névrite optique a succédé à l'immersion de la tête dans l'eau. Il y a deux formes de névrite optique rhumatismale, l'une aiguë, l'autre chronique. Dans sa forme aiguë ou douloureuse, elle a des symptômes très caractéristiques. Il y a des douleurs profondes péri-orbitaires exagérées par certains mouvements des yeux et par la pression sur le globe. La vision s'altère rapidement et la cécité peut être complète en quelques jours. Le champ visuel est très diversement altéré. La papille est le siège d'une infiltration, le plus souvent légère, mais dans quelques cas la névrite est très prononcée et peut s'accompagner d'hémorrhagies. Lorsque l'affection est traitée dès le début, l'amélioration peut dépasser toute espérance. Une dame que je soigne en ce moment et qui n'avait qu'une faible perception lumineuse il y a trois semaines, a aujourd'hui une vision à peu près normale. Quand la névrite persiste un certain temps, elle laisse à sa suite de l'atrophie de papille plus prononcée et l'amélioration est beaucoup plus lente. Il y a une autre forme où les douleurs font défaut et où les troubles visuels se développent plus lentement et dont le diagnostic est plus difficile. Dans deux cas observés récemment, je l'ai vue se compliquer de choroïdite en foyer, et chez un malade de sclérite bien caractérisée. Cette coïncidence avec la sclérite, affection essentiellement rhumatismale, est une des raisons qui m'ont fait admettre l'origine rhumatismale de ces lésions. La névrite optique de cette nature ne relève pas d'une inflammation du nerf proprement dite, mais de celle des parties fibreuses de la sclérotique ou de la gaine des nerfs optiques. Il s'agit donc d'une *périnévrite.* Les lésions du fond de l'œil que j'ai qualifiées au début de chorio-rétinite sont en réalité des scléro-choroïdites. Ici encore c'est l'inflammation des parties fibreuses qui est le point de départ des lésions ophtalmoscopiques. Ces périnévrites et scléro-choroïdites se développent sous les mêmes influences que la sclérite et comportent le même traitement. Le salicylate de soude est surtout utile dans les formes aiguës, le mercure dans les formes chroniques.

M. Gorecki. — Les cas dont il est question se rapportent à de simples papillites fugaces, et les phénomènes cèdent rapidement ; je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on les range sous la dénomination de rhumatisme, car elle est très large, mais il ne faut pas trop y insister. J'institue toujours le traitement mercuriel qui m'a donné d'excellents résultats.

M. Parent. — J'ai observé un cas qui confirme ce que vient de dire M. Parinaud. J'ai été appelé auprès d'un malade qui, après avoir été pris de rhumatisme articulaire, fut atteint d'une scléro-kératite qui altéra rapidement la vision. Le salicylate de soude et de lithine, la colchicine n'empêchèrent pas l'affection de suivre son cours. L'iris se prit à son tour et six mois après je constatai une névrite optique double sans saillie des papilles. La vision était totalement perdue d'un côté et très altérée dans l'autre œil. Cet homme fut emporté par une affection mitrale. Nous devons donc admettre la scléro-choroïdite postérieure et la périnévrite rhumatismale ; bien des affections que l'on range sous l'étiquette syphilitique n'ont pas d'autre origine.

M. Abadie. — Je tiens à dire un mot à propos de la communication de M. Parinaud. Je laisserai de côté la névrite et la périnévrite pour ne m'occuper que des chorio-rétinites qui ne sont sûrement pas d'origine rhumatismale ; la spécificité ne peut pas non plus être toujours incriminée, de telle sorte que l'étiologie reste encore très obscure. Dans ces formes de chorio-rétinite, il y a retentissement du côté de la papille, qui dans la période d'état présente un aspect flou. Plus tard les vaisseaux s'amincissent, finissent par disparaître et la pupille se présente comme un pain à cacheter blanchâtre. Or, si l'étiologie de ces chorio-rétinites avec retentissement sur la papille reste encore inconnue dans un certain nombre de cas, ce qui reste certain c'est que les mercuriaux agissent merveilleusement et c'est le seul traitement qui donne de bons résultats. Il faut absolument dans ces cas recourir soit aux frictions mercurielles, soit encore mieux aux injections sous-cutanées de sublimé. Dans les formes graves de ces chorio-rétinites, à mesure que l'affection progresse, le corps vitré se trouble, l'iris se prend et quand ces malades viennent consulter on fait le diagnostic d'iritis chronique et on pratique l'iridectomie pour éviter le glaucome et on renvoie le malade croyant qu'il n'a plus rien à craindre. En réalité il s'agit d'une chorio-rétinite qui continue son évolution, désorganise la rétine et le nerf optique et aboutit quelquefois à la cécité. J'ai en ce moment à ma clinique une demoiselle de 33 ans à qui on a fait en province une iridectomie sur chaque œil pour une iritis chronique et qui, malgré cette double opération, était devenue aveugle. Je l'ai soumise aux injections de peptonate d'hydrargyre, et peu à peu les milieux de l'œil qui étaient troubles se sont éclaircis et aujourd'hui on voit très nettement à l'ophtalmoscope des foyers de chorio-rétinite. Au début, l'acuité visuelle était nulle, aujourd'hui elle compte les doigts à un mètre.

M. Parinaud. — Je ne prétends pas qu'il ne puisse exister des chorio-ritéaites en dehors du rhumatisme. Il en est qui guérissent par le mercure, mais les affections rhumatismales chroniques sont aussi justiciables du même traitement.

M. Gillet de Grandmont. — *Syphilis ou tuberculose de l'iris.* — L'année dernière, à propos d'une communication de M. de Wecker, il avait été question du diagnostic différentiel entre le *tubercule* et les *gommes* de l'iris. Un de nos éminents collègues, M. Parinaud, fit une description qui est restée classique (1). En voici les principaux traits. « Le tubercule de l'iris se développe de préférence près du bord adhérent, il est jaunâtre, quelquefois teinté de rose par le développement d'un fin réseau vasculaire à sa surface. Le condylome siège de préférence près du bord libre de l'iris, il a un aspect velouté et une coloration brunâtre. Il y a parfois dans le voisinage du tubercule des granulations dont on peut suivre l'évolution caractéristique. A leur période de ramollissement, il peut se former dans la chambre antérieure un dépôt jaunâtre qui diffère de l'hypopion par l'absence de douleurs, et qui ne se déplace pas comme le pus liquide. La cornée peut s'infiltrer et présenter des taches blanches comme dans la kératite interstitielle. L'absence de douleur constitue un caractère important de l'affection. Il s'agit de savoir si la clinique est toujours d'accord avec ces symptômes. Un cas que j'ai observé semble prouver qu'il n'en est pas toujours ainsi. Une de mes malades présentait en outre d'une kératite ponctuée et de

(1) La première description a été faite par M. Parinaud en 1879 dans une séance de la Société de Chirurgie.

syénchies, deux petites tumeurs de l'iris, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, et deux autres plus volumineuses dans l'angle irien près du bord adhérent de l'iris. Les petites granulations sont rosées, peu saillantes. Si l'on s'en tenait à cela, on pourrait les assimiler au tubercule. C'est dans ces cas que le clinicien doit interroger l'état général. La malade avait une dermite papuleuse, des plaques muqueuses à la langue, preuves d'une syphilis caractérisée. Dès lors le diagnostic s'imposait. J'ai tenu à vous signaler les difficultés qu'il peut présenter quand il repose seulement sur l'aspect, la couleur, ou le siège de ces tumeurs. Je vous présente une pièce artificielle exécutée par M. Girou, qui reproduit fidèlement toutes les lésions.

M. Parinaud. — Je ferai remarquer que le fait cité par M. Gillet de Grandmont est tout à fait exceptionnel et l'exception n'a jamais infirmé la règle. Je n'ai, pour ma part, jamais observé cinq ou six condylomes sur le même iris ; de plus, les tumeurs siègent près du bord adhérent. Le condylome est le plus souvent solitaire et personne ne contestera que son siège de prédilection est le bord libre.

D'ailleurs, les granulomes, dont M. Gillet de Grandmont nous offre une reproduction, n'ont pas les caractères du tubercule. Lorsque le tubercule n'est plus recouvert par la substance de l'iris, lorsqu'il proémine dans la chambre antérieure, il est jaune, d'aspect caséeux et présente à sa surface un fin réseau vasculaire visible à l'œil nu ou à la loupe. Sous cet aspect il est caractéristique. Ce qui ne l'est pas moins, c'est son évolution, sa disparition spontanée par fonte de la matière tuberculeuse, la présence de granulations dans son voisinage. Mais il y a des cas où la tumeur ne se présente pas avec des caractères aussi tranchés et il faut alors s'aider de l'ensemble des symptômes oculaires, des caractères de la kératite quand elle existe, de l'indolence si remarquable de l'affection, même lorsqu'elle se complique de ces pseudo-hypopions qui ne sont qu'un dépôt de matière tuberculeuse. Lorsqu'en 1879 j'ai présenté à la Société de chirurgie la malade qui a été la première chez laquelle le diagnostic clinique de la tuberculose de l'iris et de la cornée ait été fait, M. Panas à qui je montrai spécialement la malade m'objecta : c'est une kératite avec hypopion. Effectivement, à ce moment, les lésions de la cornée prédominaient avec un dépôt de matière tuberculeuse dans la chambre antérieure, mais je fis observer qu'un hypopion ne persiste pas pendant plusieurs mois sans provoquer de douleurs et c'était le cas de ma malade chez laquelle le diagnostic a été confirmé par le développement ultérieur d'une phtisie pulmonaire à laquelle elle a succombé. Les tubercules de l'iris ont dû être surtout confondus avec les condylomes de la syphilis héréditaire. Ces condylomes existent puisque notre confrère Trousseau en a publié un cas avec Fournier, mais je les suppose très rares. L'erreur est d'autant plus facile que les tubercules de l'iris peuvent parfaitement guérir.

M. Despagnet. — Dans un cas que j'ai observé il existait une kératite interstitielle dans une partie correspondant à un tubercule de l'iris. Chez la malade de M. Gillet de Grandmont, la kératite ponctuée classique prouve que l'on doit rapporter l'affection à la syphilis.

M. Gorecki. — Chez un enfant de 14 ans, né de parents tuberculeux, qui présentait un tubercule de l'iris avancé, les douleurs furent telles qu'il fallut faire l'énucléation. On constata les traces d'un travail ulcératif qui avait fait disparaître le cristallin. Les inoculations faites ultérieurement prouvèrent qu'il s'agissait de tuberculose.

M. Guttierez-Ponce. — Il serait important de savoir quel traitement il faut instituer, car celui-ci faciliterait le diagnostic.

M. Vignes. — La forme de l'infiltration cornéenne dont on a parlé est de la plus haute valeur pour le diagnostic, à cause de sa différenciation avec la kératite ponctuée.

M. Trousseau. — C'est dans la syphilis héréditaire que le diagnostic différentiel est le plus difficile, car les condylomes de l'iris peuvent s'y rencontrer.

M. Gillet de Grandmont. — Mon but a été de présenter un cas insolite qui se rapproche beaucoup du tableau fait par M. Parinaud. Il faut étudier l'état général ; ce n'est que par les cultures et les inoculations que l'on peut être certain du diagnostic.

M. Trousseau. — *Fluxion de la glande lacrymale.* — C'est une simple observation que je soumets à la Société, mais dont l'intérêt n'échappera à personne. Il s'agit d'une femme qui, de temps en temps, à des époques variables, éprouvait une sensation de gêne dans la région de la glande lacrymale de l'œil gauche ; celle-ci gonflait légèrement et il arrivait même que la malade sentait un corps dur sous le doigt. Puis il s'écoulait un liquide chaud sur la joue, le gonflement diminuait peu à peu et l'amélioration survenait. Toutes les causes, et surtout les vives impressions morales pouvaient favoriser l'évolution de cette tumeur. Depuis quelque temps le retour de ces accidents est quotidien. Sur mes conseils elle vint me trouver un jour de crise et je constatai toutes les phases d'une véritable fluxion de la glande lacrymale. Elle ne s'accompagnait d'aucune rougeur de la peau, et rien ne se passait dans l'intervalle des crises. Ce cas mérite d'être rapporté à cause de sa grande sûreté et de son importance, au point de vue physiologique. C'est un bel exemple de l'influence du système nerveux sur la sécrétion glandulaire et sur l'excrétion. En effet, chez notre malade, en même temps que pour un moment la sécrétion est activée, l'excrétion est supprimée. Que ce soit œuvre des vaso-moteurs ou des nerfs glandulaires, il se passe un phénomène analogue à celui qu'on observe quand après excitation du bout central du nerf lingual et mise en jeu de l'action centrifuge de la corde du tympan, on voit s'exagérer la sécrétion salivaire. C'est ici le nerf lacrymal qui joue le rôle de la corde du tympan en même temps que des filets nerveux contractent les parois musculaires des canaux excréteurs de la glande. E. Kœnig.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Séance du 8 juin 1891. — Présidence de M. Demange.

M. Liégé rapporte l'histoire d'une petite épidémie de *suicide par pendaison* et *par inhalation des vapeurs de charbon.* Les suicidés observés étaient pour la plupart entachés d'aliénation mentale sous forme de délire mélancolique et hypochondriaque.

M. Motet fait remarquer que l'imitation joue un certain rôle dans les suicides à forme épidémique.

M. Moreau (de Tours) résume son travail sur les *enfants criminels.* Il prend à part la catégorie des enfants criminels entachés des vices d'organisation physique, intellectuelle et morale et conclut à la nécessité de créer pour eux des asiles spéciaux, où ils seraient internés après avis spécial des experts.

M. Motet considère cette question comme faisant partie de celle du mode d'internement des aliénés en général ayant commis des crimes et des délits. Une commission spéciale est déjà chargée d'étudier cette question. La rentrée de l'aliéné criminel dans la Société doit être entourée des garanties suffisantes.

M. Briand rappelle que dans le nouveau projet de loi sur les aliénés la mise en liberté de l'aliéné criminel est soumise au contrôle de la magistrature. J. Roubinovitch.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 8 Juin 1891. — Présidence de M. Brouardel.

M. H. Monod, directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène publique, fait la communication suivante sur la *situation sanitaire* du 1[er] au 7 juin : A Moulins, une épidémie de *variole* a sévi du mois d'avril au mois de juin 1891. Elle a été importée par un marchand ambulant. 48 cas ont été soignés à l'hôpital, sur lesquels 6 décès se sont produits. La ville de Moulins et la commission consultative de l'hospice se sont entendues pour faire, à frais communs, l'acquisition d'une *étuve à désinfection.* En outre, la municipalité a décidé de fournir régulièrement, à partir du 1[er] juin 1891, le *bulletin de statistique sanitaire mensuel* qu'elle n'avait pu établir jusqu'alors.

M. le Dr Proust fait la communication suivante. L'état des provinces de l'empire ottoman est généralement favorable depuis le cas de *choléra* mortel survenu à Alep le 22 mai ; la santé publique est bonne. Toutefois, deux télégrammes des 1[er] et 2 juin signalent l'existence d'une épidémie meurtrière et, dit-on, contagieuse dans

la Caza de Haram, Horam, Harim ou Hirem, à deux journées de marche à l'ouest d'Alep ; il est à craindre que ce ne soit le choléra. Sur l'avis du conseil sanitaire, les terrains où avaient campé les passagers du *Sculptor*, à Camaran, seront condamnés à n'être plus occupés cette année.

M. le Dr A.-J. Martin lit un rapport sur les *pouvoirs de l'administration en matière de fermeture de pharmacie illégalement ouverte.*

VARIA

Le Projet de Loi sur l'exercice de la Médecine au Sénat.

Le projet de loi, voté à la Chambre des députés, sur l'exercice de la médecine, est venu lundi dernier en discussion au Sénat. On a commencé par nommer une commission qui se compose de MM. Bardoux, Combes, Cornil (1), Coste, Couturier, Delsol, Libert, Lemonnier et Lesouef. Cette commission a nommé M. Cornil président et M. Libert secrétaire et a déjà travaillé. Elle a abordé mardi dernier la question de la *suppression de l'Officiat de santé.* 4 commissaires sont pour le maintien des officiers de santé (MM. Bardoux, Libert, Delsol, Lesouef). 3 autres sont pour sa suppression (MM. Coste, Couturier, Lemonnier). M. Cornil a proposé de faire une enquête auprès des Conseils généraux des départements. La commission a semblé se ranger à cet avis.

Qu'est-ce que tout cela va donner? *That is the question.* Attendons avec patience ; mais nous ne présageons rien de bon.

La Médecine et les Médecins au Salon du Champ de Mars (1891).

Tout le monde l'a dit : Aux Champs-Elysées, l'art classique ; sur la Plaine de Mars, le moderne, le violet ! En semblable milieu, nous devrions avoir quelque chance de découvrir quelques tableautins de genre, plus spécialement de notre domaine. Une visite rapide montre, au contraire, que la récolte est, cette année, assez pauvre (2).

Une des meilleures toiles — parmi les nôtres — est l'*Accouchée au village*. Une chambre de paysan, où le soleil entre timidement, au fond, par une petite fenêtre ; sur un lit la jeune mère ; à son chevet le mari ; une commère, debout, bavarde sans doute aux pieds du lit de douleur. Puis, au coin de l'âtre, où les flammes crépitent, où bout la grosse marmite de fer, la grand'mère qui dorlote le nouveau-né. Près du berceau, nacelle oscillante où bientôt bébé va dormir, calmé par le roulis classique, un petit frère joue inconscient de ce qui se passe ; c'est un enfant de cinq à six ans. L'accouchée, sur laquelle l'attention est de suite attirée, a été fort soignée, un peu trop fignolée peut-être. Un impressionniste aurait rendu la chose moins délicatement, mais, sans nul doute, avec plus de vérité. *Berck*, en Pas-de-Calais, est une plage trop médicale, pour que nous ne signalions point la tentative de M. Eugène Boudin. Le *Petit Laboratoire de chimie* de M. Girardot est bien éclairé, mais le jeune chercheur a l'air aussi en bois que ses cuvettes.

Dans les Portraits, signalons, parmi ceux qui touchent à la famille médicale, le jeune enfant du *Dr Peter*, le petit René, un Stevens, ma foi, fort gentil ; Mlle Javal, fille du Dr Javal, en *convalescente* ; *Mme Metschnikof*, la femme du savant bien connu, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, qui travaille elle-même dans ce repaire de microbes. Tous nos compliments. Il n'est point banal ce portrait du peintre russe Kouzhetsof, quoique la ressemblance ne semble pas avoir été le *desideratum* recherché par l'artiste. Faut-il citer *un Savant* de M. Louis Deschamps ? Pourquoi pas, mais c'est pour nous un savant... inconnu, ce que nous regrettons fort. On ne peut pas tout savoir. M. le *Dr F...*, médecin militaire, décoré, de Rixens, mérite plus qu'un instant d'attention. Cette tête, un peu rougeaude, montre que dans l'armée les galons n'excluent pas la gaîté : notre confrère, malgré son grade, a l'air fort bon enfant. Pas brillant, par contre, le *Dr C...*, qu'en cravate blanche Rivey nous a donné. C'est, nous dit-on, une figure connue, que malheureusement nous ne connaissons pas ; on la voit roder, de temps à autre, dans nos hôpitaux. C'est tout ce que j'en puis dire.

Aux Dessins : le *Dr P...*, de Guignet, qu'on a une certaine peine à découvrir ; le *Chimiste*, aquarelle de Detti. Parmi les Pastels, *M. le Dr Violet*, de G. Claude. On jettera avec plaisir les yeux sur 8 cartons de P. Besnard, ayant trait à des *vitraux destinés à l'Ecole de pharmacie.* Nous regrettons de ne pouvoir en faire ici une description suffisante.

Un clou, à la Gravure : Une eau-forte originale, *la Consultation*, de Fernand Desmoulins. On verra les Prs Charcot, Brouardel, Guyon, feu Damaschino, MM. les Drs Millard, Doléris, Larat et Gilles de la Tourette. En voulez-vous un extrait : Ouvrez *Nos grands Médecins* de l'ami Horace Bianchon, p. 353. Vous trouverez là, de profil, le Pr Potain, de Desmoulins lui-même. Il me semble inutile d'en dire ici plus long. C'est à voir, tout simplement, car je n'ose m'atteler à une description si délicate.

A la Sculpture, on reverra avec plaisir — le portrait est aux Champs-Elysées (1) — le buste du Pr *Fournier*. L'expression de physionomie est d'une vérité qui le fera vite reconnaître. Ce bronze est de Noël. Un plâtre représente *M. le Dr Levraud*, président du Conseil municipal de Paris. C'est un ami, M. Vital Cornu, qui en est l'auteur. Nous ne pouvons donc insister, d'autant plus que ce portrait est en fort bonne place et en joyeuse compagnie : on le diagnostiquera bien vite. Aux amateurs passionnés de thérapeutique nous signalons enfin *Fleurs de mort*, statue en plâtre de Cerdonnier, accompagnée de quelques vers :

> Belladone, aconit, colchique, digitale,
> Sont de charmantes fleurs et des poisons subtils...

Ainsi soit-il, pour le Champ de Mars de 1891 ! M. B.

Les Baraquements de l'Hôpital Cochin.

Il pleut, il pleut sans cesse, et autant dedans que dehors, dans les Baraquements de l'hôpital Cochin ! Et Saint-Médard ayant été fortement arrosé cette année, il est probable qu'il y pleuvra longtemps encore.

Certes, des gens bien portants, à caractère bien fait, peuvent finir par trouver quelque charme à la pluie. Mais, franchement, pour un malade, rhumatisant ou non, et pour un opéré, recevoir à chaque averse une ondée sur la tête, quand on se croit à l'abri sous les toits garantis de l'Assistance publique, ne peut guère être considéré comme une distraction permise ! Il en est pourtant ainsi, rue du Faubourg-St-Jacques, sous ces amas de bois pourris, qui portent encore — affaire d'habitude sans doute ! — le nom prétentieux de baraquements du service de chirurgie.

A chaque lit, c'est une gouttière où les rats ne manquent probablement pas ! Sur le plancher, c'est une mer où bientôt vont flotter malades et matelas. La nuit, au milieu des éclairs, qui se surmènent en ce moment, un amputé de cuisse est tout surpris d'être soumis, de par l'ordre des Dieux, à l'irrigation continue !

Tout cela ne saurait durer, surtout si les pluies se prolongent : ce qui est fort à craindre ; un baraquement, comme une porte, doit être largement ouvert (qu'on réserve celui-là aux phtisiques) ou hermétiquement fermé ; ou bien il ne doit plus être. *To by or not to by !* Si l'architecte ne peut trouver une solution à tous ces maux, mettre un frein aux fureurs des flots célestes déchaînés sur ces pauvres masures, qu'on les démolisse ou qu'on les brûle ! Un baraquement, c'est fait pour ça.

> Tant va Baraque à l'eau qu'à la fin elle casse.
> Sur son Trésor l'A. P. n'a qu'à payer la casse !

M. B.

(1) *Un comble...* sénatorial : M. Cornil, sénateur, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, etc., a été sur le point de ne pas être nommé d'une commission chargée d'examiner une loi sur l'exercice de la médecine ! Il a 8 voix et son concurrent 7. Pour un point....

(2) On se souvient que, l'an dernier, le salon du Champ de Mars était encore moins riche en sujets médicaux. Nous rappelons qu'il y avait une aquarelle de Toffano, représentant le *Pr Charcot*, en robe ; un portrait du *Dr Féré*, fort ressemblant ; *Ste-Claire Deville expliquant une expérience à ses élèves* ; un joli *Bureau de nourrices...*, jolies, de Frappa.

(1) A signaler encore, aux Champs-Elysées, les portraits des Drs *Millard* et *Porak* et les *Etudiants de Montpellier*, bérets aux vents, autour d'une large table.

Transmission héréditaire d'une malformation.

Nous attirons l'attention de nos lecteurs sur le fait suivant :

M. Vasilesco, professeur de zootechnie à l'Ecole vétérinaire de Bucarest, vient d'écrire au directeur de l'Ecole d'Alfort pour lui offrir deux spécimens d'une variété rare et singulière de l'espèce porcine. Cette variété est celle des porcs monodactyles dont l'existence, signalée par d'anciens auteurs, a été souvent mise en doute. Elle est très intéressante à divers points de vue scientifiques, notamment celui de la théorie de Darwin. M. Vasilesco ayant découvert par hasard en Valachie un porc monodactyle mâle et lui ayant donné pour compagne une femelle dont les sabots avaient la configuration normale, *a obtenu des produits monodactyles* dont les descendants, à une ou deux exceptions près, présentent les caractères anatomiques de la curieuse race dont il s'agit. Cette reconstitution paraît d'autant plus intéressante qu'à certaines époques on s'était appliqué à détruire les porcs monodactyles pour des raisons religieuses.

Cette expérience extrêmement intéressante montre très nettement ce qu'a d'artificiel la notion d'espèce et constitue une nouvelle et belle preuve, bien scientifique celle-là, du Transformisme. Inutile de dire qu'au Muséum d'histoire naturelle de Paris, où l'on devrait déjà avoir réalisé ou tout au moins tenté une foule d'expériences de ce genre, on se garde bien de les entreprendre. Il est vrai que ce serait se fermer les portes de l'Institut et pareille chose ne se fait pas de gaîté de cœur !

Association française pour l'avancement des Sciences.

Le Conseil de l'*Association française pour l'avancement des sciences* a décidé qu'au Congrès de Marseille, qui doit s'ouvrir le 17 septembre prochain, des questions spéciales seraient soumises à la discussion des Sections, et que des rapports préliminaires seraient rédigés en vue de préparer cette discussion. Les questions choisies cette année sont les suivantes :

9e Section: *Botanique:* Quels sont les meilleurs modes d'installation pour les différentes sortes de collections botaniques, au double point de vue de la conservation des échantillons et de la facilité des études. — 11e Section: *Anthropologie:* Quelle est la valeur des objets d'industrie humaine comme élément de classification des terrains quaternaires et des époques préhistoriques. — 12e Section : *Sciences médicales :* Le traitement de la tuberculose. — 15e Section : *Economie politique :* Comparer l'exploitation des ports maritimes par l'Etat à l'exploitation par les Compagnies privées. — 16e Section: *Pédagogie:* Enseignement supérieur: Création et fonctionnement des Universités. — Enseignement secondaire. 1° Doit-on maintenir l'étude des langues anciennes dans l'enseignement secondaire? 2° Doit-on, au contraire, créer un enseignement secondaire spécial duquel seraient exclues les langues anciennes? — 17e Section: *Hygiène* : Hygiène des établissements de l'industrie chimique.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 15. — 2e *de Doctorat* (2e partie): MM. Ch. Richet, A. Robin, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Straus, Déjerine, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Clinique externe. (Hôtel-Dieu) : MM. Marc Sée, Terrillon, Ricard. — (2e partie) ; MM. Potain, Hayem, Marie.

Mardi 16. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Polaillon, Remy, Quénu. — 4e *de Doctorat :* MM. Bouchard, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Clinique externe. (Charité): MM. Le Fort, Guyon, Campenon. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Laboulbène, Quinquaud. — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Gilbert, Letulle.

Mercredi 17. — Dissection : MM. Farabeuf, Marc Sée, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Retterer.

Jeudi 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Remy, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Ballet.

Vendredi 19.— Dissection: MM. Marc Sée, Segond, Retterer. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Marie, Villejean. — 5e *de Doctorat*, (1re partie). Clinique externe. (Charité) : MM. Terrillon, Jalaguier, Tuffier. — (1re *Série*) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud. — (2e *Série*) : MM. Grancher, Chauffard, Netter.

Samedi 20. — Médecine opératoire : MM. Duplay, Polaillon, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Debove, Legroux. — 5e *de Doctorat* (1re partie). (Hôtel-Dieu) : MM. Panas, Brun, Maygrier. — Clinique externe (Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Humbert, Schwartz. — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 17. — M. Vernet. Contribution à l'étude clinique du pincement de l'intestin par les fissures sus-ombilicales. — M. Rascol. Contribution à l'étude des thyroïdites infectieuses. — M. Doulet-Fortunay. Etude critique sur l'étiologie du paludisme. — M. Charles. Des résections de l'avant-bras après les traumatismes des parties molles.

Jeudi 18. — M. Pein. Sur l'action pyogénique du bacille typhique. — M. Porembski. Contribution à l'étude des cirrhoses hépatiques chez les enfants. — M. Lefèvre. Etude clinique des néologismes chez les aliénés. — M. Roques. De l'alcoolisme et de la paralysie générale dans leurs rapports réciproques. — M. Maçon. Etude des résultats de la résection du genou. — M. Zaborowski. Quelques cas d'ablation de fibromes utérins pendant la grossesse.

Enseignement municipal supérieur.

Clinique médicale. — M. le Dr Landouzy (hôpital Laënnec), le jeudi 30, à 10 h. — M. le Dr Rendu (hôp. Necker), le jeudi, à 10.

Conférences cliniques des Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. Mauriac, Balzer, Humbert, de Beurman, Renault et Pozzi. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr Sevestre : jeudi à 4 heures. — M. Legroux : mercredi à 9 h. 1/2.

Clinique infantile.— M. le Dr Simon, le mercredi, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Clinique chirurgicale et gynécologie. —M. Richelot (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Conférences de gynécologie clinique et opératoire (Hôpital Lourcine-Pascal). — M. le Dr S. Pozzi, le lundi 11 mai, à 9 h. 1/2.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr de Saint-Germain (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres), le jeudi, à 9 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr Horteloup (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2.

Clinique et thérapeutique. — M. Henri Huchard (Hôpital Bichat), le dimanche à dix heures très précises.

Maladies mentales. — M. le Dr Séglas commencera ses conférences cliniques sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le vendredi 19 juin, à 2 heures de l'après-midi et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

NOUVELLES

Natalité a Paris.— Du dimanche 31 mai 1891 au samedi 6 juin 1891, les naissances ont été au nombre de 1224 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 422 ; illégitimes, 165, Total, 607. — *Sexe féminin :* légitimes, 437 ; illégitimes, 180, Total, 617.

Mortalité a Paris. — **Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 31 mai 1891 au samedi 6 juin 1891, les décès ont été au nombre de 922 savoir : 505 hommes et 417 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 4, T. 7. — Variole : M. 3, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 14, F. 20, T. 34. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 3, F. 2, T. 5. — Diphtérie, Croup : M. 12, F. 15, T. 25. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 140, F. 76, T. 216. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 11, T. 29 — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5, T. 5. — Tumeurs malignes: M. 18, F. 29, T. 47. — Méningite simple : M. 13, F. 12. T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 17, T. 43. — Paralysie, M. 1, F. 4, T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 1, F. 3, T. 4. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 36, T. 55. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 10, T. 19. — Bronchite chronique : M. 11, F. 19, T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 5, T. 13. — Pneumonie : M. 20, F. 22, T. 42. — Gastro-entérite, biberon, M. 21, F. 21, T. 42. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 3, T. 8. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 2, T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Débilité congénitale : M. 10, F. 7, T. 17.—Sénilité : M. 10, F. 20, T. 30. — Suicides : M. 18, F. 2, T. 20. — Autres morts violentes : M. 8, F. 2, T. 10. — Autres causes de mort : M. 97, F. 72, T. 169. — Causes restées inconnues : M. 6, F. 1, T. 7.**

***Mort-nés et morts avant leur inscription:* 87, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 11. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 23, illégitimes, 15. Total : 38.**

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — La chaire de géologie de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. POUJOL (Paulin-Eugène-Gustave), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Cannac, démissionnaire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 14 juin, à Mantes. Rendez-vous à la gare St-Lazare, à 8 h. 15, pour le train partant de Paris à 8 h. 40 pour la station de Mantes. Retour avant dîner. Prière de se faire inscrire au Secrétariat de l'Ecole avant vendredi midi.

ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Par décision ministérielle en date du 30 mai 1891, le nombre des candidats à admettre cette année, a été fixé à cinquante-cinq.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — *Election.* — Lundi dernier, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de chimie, en remplacement de M. Cahours, décédé. La liste de présentation était dressée ainsi que suit et portait en première ligne, *ex æquo*, MM. Grimaux et Moissan ; en deuxième ligne. *ex æquo*, MM. Ditte, Jungfleisch et Le Bel. Au premier tour de scrutin, sur 61 votants, M. Moissan réunit 35 suffrages contre 26 accordés à M. Grimaux. En conséquence M. MOISSAN, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, savant distingué auquel on doit d'avoir récemment isolé le fluor, a été proclamé membre de l'Académie des sciences. Ajoutons encore que M. Moissan, qui est un des plus jeunes académiciens, est déjà membre de l'Académie de médecine.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — Le banquet annuel de l'Association générale des étudiants de Paris aura lieu le vendredi 26 juin, au restaurant Marguery, à sept heures et demie du soir, sous la présideece de M. Léon Bourgeois, ministre de l'instruction publique. La presse politique étant invitée à cette réunion, nos lecteurs pourront lire dans les journaux quotidiens le compte-rendu des discours prononcés. Jusqu'ici en effet, l'appui de la presse scientifique semble importer peu à nos camarades de la rue des Ecoles.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS. — Une loi du 10 avril 1891 (*Journal officiel* du 11) autorise le département de Loir-et-Cher, conformément à la demande du Conseil général, à emprunter une somme de 70,000 fr. remboursable en trente ans et applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois. Les fonds nécessaires au service des intérêts et de l'amortissement seront prélevés sur les bonis de l'asile et au besoin sur les ressources départementales.

BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Par arrêté ministériel, en date du 12 mai, sont institués médecins des bureaux de bienfaisance ci-après, les docteurs en médecine dont les noms suivent : Bureau de bienfaisance du 2e arrondissement : M. Marx (Maurice). — Du 3e arrondissement : M. Liandier (Louis-Antoine-Albert). — Du 6e arrondissement : M. Mouls (Clément-Charles). — Du 7e arrondissement : MM. d'Aurelle de Paladine ; Louis (Adolphe-Marc) ; Meugy (Pierre-Victor). — Du 8e arrondissement : M. Challier de Grandchamps (Louis). — Du 11e arrondissement : MM. Drouet (Henri-Antoine); Bimseinstein (Albert). — Du 12e arrondissement : M. Petit (Louis-Romain). — Du 13e arrondissement : M. Langlois. — Du 14e arrondissement : M. Barbillion (Lucien-Adolphe). — Du 15e arrondissement : M. Dufour (Henri-Marie-Williams). — Du 16e arrondissement : M. Carpentier (François-Albert). — Du 17e arrondissement : MM. Lafitte (Jean-Baptiste-Joseph ; Aubert (Henri-Irénée). — Du 18e arrondissement : MM. Journiac (Bernard-Aristide); Poupon (Louis-Isidore-Henri); Mars (Joseph-Ernest). — Du 19e arrondissement : MM. Huguenin (Paul-Charles-Dieudonné); Robert (Marie-Pierre-Gaston); Lomier (Eugène-Antoine). — Du 20e arrondissement : MM. Schrœder (Louis-François); Ertzbischoff (Jules-Auguste).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le conseil supérieur de l'Assistance publique, consulté par le gouvernement sur les modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés, s'est réuni plusieurs fois ces jours-ci, dans le local ordinaire de ses réunions, à l'Institut des jeunes aveugles. M. ROUSSEL, sénateur, et M. le Dr A.-J. MARTIN ont été nommés, pour une nouvelle période triennale, vice-président et secrétaire général. Au début de la séance, M. Henri Monod, directeur de l'hygiène et de l'assistance publiques, a soumis à l'examen du conseil une demande d'avis sur la *création et la mise au concours de bourses à l'Institution nationale des jeunes aveugles.* M. le Dr BOURNEVILLE, chargé par la quatrième section du conseil supérieur de faire un rapport sur la *revision de la législation relative aux aliénés,* a donné ensuite lecture de son projet, qui a été discuté.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Le concours d'aide de clinique s'est terminé par la nomination de MM. Bastide, Bonnard et Lemelletier.

COMITÉ D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE. — Dans son avant-dernière séance, le Comité d'hygiène a repris la discussion sur le projet de loi relatif à la protection de la santé publique. Le Comité a adopté les articles 1 et 2 du projet ainsi conçus : *Article 1er*. Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement et lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité, en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet, après avis conforme du Conseil d'hygiène du département, met la commune en demeure de procéder aux travaux. Si le Conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure, en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, ces travaux sont ordonnés par le gouvernement et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807. En cas d'avis contraire de la part du Conseil d'hygiène du département, le préfet transmet sa délibération au ministre de l'intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il est ensuite procédé comme il est dit au paragraphe précédent.

Art. 2. Lorsque, même en dehors des maladies prévues par la loi du 3 mars 1882, une épidémie menace le territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article premier de ladite loi.

CHOLÉRA EN ESPAGNE. — On signale la réapparition du choléra à Valence ou dans les environs.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique :* M. le Dr Lemoine (Armand-Victor), membre de l'Académie nationale de Reims ; M. le Dr Paquelin, membre de la Société d'encouragement à l'industrie nationale, lauréat de la Faculté de médecine et de l'Académie des sciences. — Sont nommés *Officiers d'Académie* : M. le Dr Descourtis (Jean-Gabriel-Henri), membre de la Société de médecine pratique et de la Société française d'hygiène; M. le Dr Hagen, membre de la Société de géographie de l'Est, médecin de 2e classe de la marine ; M. Roché (Georges), docteur ès sciences, collaborateur aux explorations sous-marines du *Talisman.*

EXPOSITION FRANÇAISE DE MOSCOU. — Nos produits chimiques exposés là-bas auront une forte lutte à soutenir contre les similaires allemands, qui ont au moins cette qualité, qu'on entend répéter comme un refrain à l'énumération des choses importées d'Allemagne : ils sont moins chers. Quant aux instruments d'optique et de précision, on dit qu'ils sont recherchés en Russie et que les ingénieurs parisiens ne regretteront pas d'avoir exposé. Inutile d'ajouter que nos fabricants d'instruments de chirurgie se sont bien gardés d'exposer. D'ailleurs le gouvernement français s'est si peu occupé de cette exposition !

LES ACCIDENTS SUR LA VOIE PUBLIQUE ET LES PHARMACIENS DE BORDEAUX. — La Société des Ambulances urbaines de Bordeaux a organisé des conférences pour apprendre aux pharmaciens de la ville la manière de donner efficacement les premiers soins en cas d'accidents ou d'indispositions subites. A la première de ces conférences, présidée par le Pr Perrens, assistaient vingt-deux pharmaciens sur quarante-quatre inscrits. Le conférencier, M. le Dr Léon, médecin en chef de la marine, en retraite, a exposé avec une très grande clarté les règles générales de la petite chirurgie antiseptique.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE A SALINS-MOUTIERS (Savoie). — Comme l'année dernière, l'Assistance publique de Paris va envoyer à Salins-Moutiers plusieurs groupes de petits scrofuleux, les résultats obtenus en 1890 ayant été des plus satisfaisants. Les enfants sont revenus mieux portants, ayant notablement augmenté de poids et avec des lésions locales, osseuses ou ganglionnaires, sérieusement modifiées.

L'EXPOSITION DU TRAVAIL. — L'exposition du Travail, dont l'inauguration aura lieu le 23 juillet prochain, au Palais de l'Industrie, à Paris. Le caractère d'éducation professionnelle, l'opportunité et l'utilité de cette œuvre lui ont valu — paraît-il — le patronage officiel de MM. les Ministres du Commerce, de l'Instruction publique, des Travaux publics. Nombre de membres du Parlement, de notabilités scientifiques ou industrielles, de Chambres syndicales de Paris et de la province, ont voulu lui donner l'appui de leur nom. Toutes les sections y auront leur physionomie spéciale et des attractions du plus haut intérêt attireront en foule les visiteurs. La branche de l'hygiène, si sacrifiée dans toutes les expositions, y sera l'objet, dit-on, de dispositions particulières

absolument nouvelles, dues à l'organisateur de cette section, M. Louis Bourne. Une Commission spéciale pour ce groupe de l'hygiène a été constituée et nous y relevons les noms si autorisés de MM. Berthelot, ancien Ministre de l'Instruction publique, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences ; M. le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; M. Pasteur, M. Faye, M. de Quatrefages, M. Chauveau, membres de l'Institut et de l'Académie ; M. le Dr Ed. Bourgoin, pharmacien en chef des hôpitaux ; M. L. Portes ; M. Suilliot, membre de la Chambre de commerce ; M. Expert-Bezançon, président de la Chambre syndicale de produits chimiques ; M. Desnoix, président de la Société de pharmacie ; M. Adrian, M. de Bonnard, M. le Dr E. Monin, etc. Toutes les demandes doivent être adressées, avant le 10 juillet, au délégué de la Commission, M. Louis Bourne, 2, rue de Provence, à Paris.

Nous reproduisons cette communication à titre de renseignement. Nous aurons sans doute l'occasion d'examiner si l'organisation de cette exposition justifie le haut patronage qui lui est donné.

HÔPITAL DE JÉRUSALEM. — On vient d'inaugurer, à Jérusalem, un hôpital municipal. Les autorités turques, et surtout le gouverneur (Vali), avaient donné leur concours le plus empressé à cette fondation. Une difficulté se présentait toutefois au dernier moment ; à qui confier la garde des malades ? La population de Jérusalem est composée de juifs, de musulmans, d'arméniens, de coptes, de catholiques ; les juifs forment la moitié de la population et il en arrive tous les jours de nouveaux qui sont expulsés de Russie ; les musulmans sont nombreux, mais les catholiques sont en infime minorité. On a cependant choisi parmi ceux-ci des sœurs (Filles de la Charité).

HOSPICE A LAMASTRE. — Un décret du 4 avril 1891 a autorisé la création d'un hospice dans la commune de *Lamastre* (Ardèche). Un décret du 20 avril 1891 a autorisé la création d'un hospice dans la commune de *Bohain* (Aisne).

INFLUENZA A BERLIN. — L'influenza dont nous avions signalé la réapparition à Berlin vers la fin de l'hiver, est loin d'avoir disparu de la capitale allemande. Elle continue à y sévir, et, dans beaucoup de cas, elle affecte un caractère dangereux.

MÉDECINS-INSPECTEURS DES ÉCOLES. — La Société des médecins-inspecteurs des écoles a approuvé à l'unanimité, dans sa dernière séance, le rapport du Dr Mangenot, sur les boîtes de secours qui viennent d'être placées dans les écoles communales de Paris. Les instructions du Dr Mangenot, ayant pour but de faciliter aux instituteurs l'emploi des appareils et médicaments contenus dans ces boîtes, vont être imprimées et distribuées dans chaque école. — M. le Dr MONTIGNAC vient d'être nommé médecin-inspecteur des écoles du 11e arrondissement de Paris.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Exercice géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 14 juin 1891, aux environs de Triel. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous à la gare St-Lazare, où l'on prendra à 11 h. 10 du matin le train pour Conflans-Andrésy. On sera à Paris à 6 h. 40. *Nota:* Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au *Laboratoire de Géologie* (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 heures.

POLICLINIQUE DE PARIS. — Le comité des dames patronesses de la Policlinique de Paris, cette association qui a pour but de donner gratuitement aux malades indigents les soins médicaux et les médicaments, a organisé pour le dimanche 14 juin prochain un très joli concert dans les salons du ministère des travaux publics, 246, boulevard Saint-Germain. Les meilleurs artistes de nos théâtres prêteront leur concours à cette fête de bienfaisance qui promet d'être fort brillante.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — *Armée territoriale.* — Par décret en date du 29 mai 1891, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale : *Au grade de médecin-major de deuxième classe* : MM. les médecins aides-majors de première classe Loro, Van Gelder, Muller, Salva, Kinzelbach, Bénard, Block, Gayot, Richard, Soueix, Leblanc, Perrin, Reynaud, Leriche, Bellouard, Butte, Mabille, Chevallier, Larquier, Compagnon, Olivier, Ducloux et Bontemps. — *Au grade de médecin aide-major de première classe* : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Massaloux-Lamonnerie, Mandenaud, Leviste, Dupasquier, Nidergand, Baudouin, Gœury, Cassin, Rattel, Boucher, Flordin, Guidon, Mercier, Gral, Pichencourt, Boyer, Jouanaud, Vignon, Jubineau, Curé, Guenebaud, Bouyer, Maschat, Garraud, Bouvard, Mallie, Bause, Lebrun, Boulinguez, Diverneresse, Authenac, Amiot, Charles, Folliot, Audic, Beuve, Chotier, Gœthals, Rolland, Bessière et Mondon. — *Au grade de pharmacien aide-major de première classe* : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Gueridaud, Gonnard, Bartibas, Montagus et Pantauberge.

UNE DÉCISION DU BUREAU DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA HAUTE-GARONNE. — Le bureau de l'Association des médecins de la Haute-Garonne vient de prendre une décision bien grave que nous ne saurions passer plus longtemps sous silence et sur laquelle il est de notre devoir d'appeler l'attention de la presse médicale. A l'une des dernières séances, un des membres a été exclu de l'Association pour avoir diffamé dans des écrits l'un des sociétaires. Notre intention n'est pas de reproduire les faits qui ont donné lieu à cette mesure, mais d'envisager les conditions dans lesquelles le bureau de l'Association a cru devoir intervenir et d'apprécier si la décision qui a été prise est vraiment conforme à l'esprit de cette Société. Pour les motifs que nous n'avons pas à connaître et qui du reste importent peu au débat, un membre du corps médical, à tort ou raison, profère des injures des plus graves à l'égard de l'un de ses confrères. Point important à noter, ces injures ne visent nullement l'homme professionnel, mais exclusivement *l'homme privé*. En second lieu, ces attaques se sont produites à différentes reprises — leur origine remonte à plus de deux ans — et, tout le temps, elles ont affecté un caractère excessivement injurieux. C'est au bout de cette longue période que le bureau de l'Association est saisi d'une plainte contre l'auteur de ces écrits diffamatoires, mais, circonstance digne d'être retenue, la plainte est formulée par l'un des membres dudit bureau, et non, comme on aurait pu le supposer, *par le membre dont l'honneur était ainsi mis en cause*. C'est dans ces conditions qu'a été prise la décision que nous avons rapportée. Eh bien ! nous le disons en toute sincérité, le bureau de l'Association des médecins de la Haute-Garonne a outrepassé ses droits..... Et l'Association est d'autant plus blamable, que la plainte sur laquelle elle a statué n'émane pas de l'intéressé ; car, chose bizarre dans cette affaire, ce dernier reste muet comme une carpe, c'est un tiers qui se croit obligé de prendre sa défense (*Echo médical de Toulouse*).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — A la suite du scrutin qui a eu lieu, le 25 mai 1891, pour l'élection au Conseil académique de Toulouse, d'un délégué de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de cette ville, M. Jeannel, professeur de clinique externe à ladite Faculté, ayant obtenu la majorité des suffrages exprimés, a été déclaré élu membre du Conseil académique de Toulouse.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort, à Strasbourg, de M. Charles KOPP, ancien professeur de physique et de chimie à l'Académie de Neuchâtel et à l'Ecole de chimie de Mulhouse. — M. le Dr L. AUBERGIER (de Chambon). — M. le Dr COUGIT (de Toulon). — M. le Dr DE GOUVAULT (de Gouvault). — M. le Dr MARTINS-COSTA (de Rio-Janeiro). — M. le Dr VAUX (de Chalon-sur-Saône). — M. le Dr Ch. COMBAY, ancien médecin de marine. — Nous apprenons également, avec un vif regret, la mort du docteur Michel LEFEBVRE, de Paris, décédé mardi dernier. C'était un médecin distingué et un excellent homme toujours prêt à rendre service. — M. VIALLA, pharmacien honoraire des hôpitaux, ancien maire de Gentilly, décédé au Petit-Ivry, le 27 mai dernier. Ancien pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre, praticien consciencieux, Vialla était très estimé de ses confrères. — M. MONAL, président de la Société de pharmacie de Lorraine, fondateur du *Journal de Pharmacie* de Lorraine. — M. le Dr CHABRELY, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Bordeaux, décédé le 29 mai à l'âge de 27 ans. — M. le Dr AZÉMA, de St-Félix-de-Lodez (Hérault). — M. le Dr DUCROIX, du Creuzot.

Avis à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs, à nos abonnés et à nos collaborateurs, que tout ce qui concerne la rédaction (livres, journaux, manuscrits, communications, etc.) *doit être adressé au Rédacteur en chef, et tout ce qui concerne l'Administration* (abonnements, librairie, annonces, changements d'adresse, mandats) *à M. Hippolyte Durand.* — **Prière d'écrire très lisiblement.**

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **15 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. TERRILLON, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2. — *Clinique mentale :* M. Auguste VOISIN, le dimanche 31 mai, à 10 h.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* M. LANNELONGUE, mercredi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN, visite des malades à 9 heures. Mercredi : Conférence de chimie, pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique. Samedi : Examen des entrants.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale.* — M. le Dr CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — *Chirurgie orthopédique.* — M. KIRMISSON, le lundi à 10 h. du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*.
14, Rue des Carmes, 14

Histoire des Doctrines de Psychologie physiologique contemporaines

LES

FONCTIONS DU CERVEAU

(*Doctrines de l'Ecole de Strasbourg — Doctrines de l'École Italienne*)

PAR

Jules SOURY

Un volume in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte. — Prix : **8** francs ; pour nos abonnés, **6** francs.

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE — Rapport sur le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique Volume in-4° de 34 — LXVII pages. — Prix : **3** francs. — Pour nos abonnés. . . . . **2** fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

DIDAY (F.). — La pratique des maladies vénériennes. Volume in-8 de 575 pages.

Librairie H. LAMIRAULT et Cie, 61, rue de Rennes, Paris.

Les Drs HAHN, DE VARIGNY, KUHFF et L.-H. PETIT viennent de donner à la *Grande Encyclopédie* un grand travail sur le *Cœur* (Anatomie, Physiologie, Pathologie et Chirurgie), qui est de nature à intéresser vivement tous nos lecteurs. Ils trouveront dans les mêmes livraisons parues cette semaine (268e et 269e) une curieuse monographie de la *Coiffure* depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, avec de très nombreuses et de très jolies illustrations. Une livraison-spécimen est envoyée contre 1 franc en timbres-poste.

Librairie A. MALOINE, 91, boulevard Saint-Germain.

GAUTIER (G.). — Le courant continu en gynécologie (Outillage, Technique, Effets physiologiques). Brochure in-8 de 53 pages, avec 5 figures dans le texte. Prix. 1 50

BÉTANCES (E.). — El cólera (Historia, medidas profilácticas, Sintomas y tratamiento). Brochure in-8 de 30 pages Paris, 1890. Imprimerie Chaix.

CHARLES (N.). — Deux opérations obstétricales : opération césarienne : mère et enfants vivants ; accouchement prématuré artificiel ; double succès. Brochure in-8 de 70 pages. Liège, 1890. G. Bertrand.

LEVIEUX (Ch.). — Discours prononcé à l'hôpital Saint-André, le 4 novembre 1890, dans la séance d'installation des internes et des externes. Brochure in-8 de 22 pages. Bordeaux, 1890. Imprimerie G. Gounouilhou.

PARA (J.) — Sept cas d'endométrite traités avec succès par le curage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations (Trachélorrhaphie, opération de Schrœder, hersage). Brochure in-8 de 20 pages. Paris, 1890. H. Jouve.

RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE ET DES ACTES OFFICIELS DE FRANCE ET DES ACTES OFFICIELS DE L'ADMINISTRATION SANITAIRE. (Tome XIX, année 1889). Volume in-8 de 858 pages. Melun, 1890. Imprimerie administrative.

KUMMER (E.). — Extraction d'une aiguille à coudre, localisée par le procédé de l'aimantation. Brochure in-8 de 5 pages. Genève, 1890. H. Georg.

KUMMER (E.). — Quelle est actuellement la méthode la meilleure et la plus pratique d'asepsie opératoire. Brochure in-8 de 8 pages. Genève, 1890. H. Georg.

Le Rédacteur-Gérant : **BOURNEVILLE.**

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 20 JUIN 1891.

Le Progrès Médical

OBSTÉTRIQUE

Quelques anomalies des enveloppes crâniennes du nouveau-né avec considérations cliniques;

(*Fin*).

par E. BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux.

Envisagée au point de vue anatomique, l'anomalie d'ossification que nous venons d'exposer ne mériterait guère d'être rapportée qu'à titre de simple curiosité et de jeu de la nature.

Elle nous a semblé n'être pas sans intérêt en ce qui concerne la clinique obstétricale, et fournir matière à quelques considérations pratiques. Non seulement le défaut mais encore l'excès d'ossification de la tête fœtale peuvent considérablement modifier les caractères du crâne perçus par le toucher, et, quoique agissant en deux sens opposés, ces deux ordres d'anomalies créent à titre égal des sources d'embarras, lorsqu'il s'agit d'établir à l'aide du doigt le diagnostic précis de la position du sommet.

Si pour connaître l'orientation de la tête dans l'excavation pelvienne, l'accoucheur dispose de trois procédés d'investigation, le palper, l'auscultation et le toucher, il s'en faut que ces trois procédés aient égale valeur, lorsqu'ils sont mis en application dans le cours du travail de l'accouchement.

Assurément, pendant la grossesse, alors que la tête est encore plus ou moins haut située par rapport au bassin, que le col est fermé et qu'un épais matelas de parties molles sépare le relief des sutures et fontanelles de la pulpe du doigt explorateur, le palper fournit des renseignements plus précis et plus aisés à acquérir que le toucher. La recherche de l'orientation des deux reliefs formés par le front et l'occiput de la tête fléchie suffit à indiquer la position. Il en est de même pour la direction du plan dorsal. Quant à l'auscultation, à laquelle Depaul attachait une grande valeur au point de vue du diagnostic des positions, grâce à une distribution schématique mais malheureusement erronée des foyers de battements du cœur fœtal qu'il avait imaginée, elle no sert tout au plus qu'à indiquer la position fondamentale. En se reportant aux recherches de M. Ribemont-Dessaignes, on voit, par exemple, combien se trouvent rapprochés les uns des autres les foyers d'auscultation dans les positions O. I. D. A.; O. I. G. A.; O. I. G. P.

Mais pendant le travail, la succession des contractions douloureuses, la rétraction utérine qui suit la rupture de la poche des eaux, gênent singulièrement la palpation et l'auscultation. La tête s'engage profondément et on doit s'estimer heureux lorsqu'on arrive à limiter de la main la situation précise du dos de l'enfant. Mais quelque certitude qu'on puisse acquérir au sujet de ce dernier élément de diagnostic, celui-ci ne permet pas de préjuger à coup sûr de la position de l'occiput.

A diverses reprises il nous est arrivé de porter, d'après le palper et l'auscultation, le diagnostic de position O. I. D. P., alors que le toucher venait indiquer ensuite qu'il s'agissait en réalité d'une position secondaire transversale, voire même antérieure et non postérieure de sommet.

Cette cause d'erreur inhérente à l'exploration abdominale tient à ce que la tête en s'engageant peut conserver une certaine indépendance par rapport au tronc, grâce au jeu des articulations cervicales. C'est surtout dans les positions postérieures où elle est primitivement mal fléchie et par suite plus mobile, qu'elle peut exécuter une rotation partielle que ne suit pas immédiatement un déplacement des épaules dans le même sens. Cette dissociation possible entre l'orientation du dos et celle de la tête n'est pas sans importance dans les cas où l'on a recours à l'application du forceps. On ne doit donc, pendant le travail, considérer le diagnostic de la position comme dûment établi que lorsque le doigt peut découvrir les rapports de direction de la suture sagittale avec les diamètres du bassin.

Les dispositions anatomiques intrinsèques de la tête qui peuvent modifier la conformation des sutures et des fontanelles sont donc de notion capitale pour l'accoucheur.

L'excès d'ossification prématurée fait disparaître les bandelettes membraneuses reliant les pièces osseuses entre elles, et celles-ci peuvent même se trouver entièrement engrenées à la naissance. Une telle disposition rend plus difficilement appréciable le relief de la suture sagittale. L'excès d'ossification se traduit en outre par l'apparition de noyaux d'ossification surnuméraires dans l'aire des fontanelles, qui donnent naissance aux os Wormiens. Simples ou doubles, ils ont leur siège d'élection le plus fréquent à la petite fontanelle où on leur a donné aussi le nom d'os des Incas.

Leur présence modifie entièrement les apparences habituelles de ce confluent de sutures. Au lieu d'être triangulaire, la fontanelle postérieure, occupée par un ou deux os quadrilatères, est sillonnée de quatre reliefs linéaires et elle perd ainsi, sur le crâne très ossifié, son caractère différentiel le plus aisément appréciable d'avec la fontanelle bregmatique. A maintes reprises nous avons entendu notre maître, M. Tarnier, insister sur l'importance de cette cause d'erreur de diagnostic.

On trouve représentés dans l'Atlas d'Ahlfeld (1) plusieurs exemples très nets d'hyperossification prématurée du crâne. La figure 14 de la table XLII de cet ouvrage représente deux os Wormiens sus-occipitaux soudés entre eux : la suture sagittale est synostosée, et il existe une fissure occipitale médiane. La fontanelle antérieure est comblée par du tissu osseux et il ne reste à ce niveau qu'un relief demi-circulaire de suture très incomplet. Le diagnostic de la position céphalique eût été très certainement en ce cas impraticable par le toucher limité à la voûte du crâne.

Les Figures 16 et 17 représentent deux grandes fontanelles entièrement ossifiées. Dans les deux faits il

(1) Ahlfeld. — *Atlas zu die Missbildungen des Menschen.* Leipzig, 1882. Tafl. XLII.

semble que le pariétal *gauche* se soit développé en excès, au point de former un prolongement qui a comblé à fond l'espace membraneux et qui a fait ainsi disparaître la bord postérieur gauche du losange.

Quand l'ossification est insuffisamment avancée et quand elle est en même temps irrégulièrement répartie, comme dans notre observation, ce n'est plus le défaut, mais l'excès d'amplitude des sutures et fontanelles et surtout l'existence des espaces sutu-raires anormaux qui vient dénaturer les caractères des points de repère céphaliques. Dans le pelotonnement que subissent les tissus du fœtus en franchissant la filière pelvi-génitale, les pièces osseuses dénuées de cohésion se plissent, chevauchent à outrance par leurs bords et se tassent avec prédominance, tantôt du côté de la grande fontanelle, tantôt du côté de la petite, selon les variétés de position du sommet.

Si le doigt tombe sur une fontanelle de Gerdy large et peu profonde, double et symétrique, il peut la confondre, à cause des quatre bords qui la limitent, avec la grande fontanelle. S'il rencontre une incisure étroite et allongée, il peut prendre l'espace angulaire, dessiné par la rencontre de cette fente avec la sagittale, pour une fontanelle occipitale.

Le défaut d'ossification peut être symptomatique d'une hydrocéphalie fœtale. Ce n'est pas seulement dans le cas où la tête constitue une poche très volumineuse pleine de liquide et où elle demeure arrêtée au-dessus de la marge du bassin par suite de l'excès de ses dimensions, qu'on rencontre de vastes espaces fontanellaires. En pareil cas, le palper sus-pubien et le toucher profond manuel permettent de diagnostiquer la malformation. Mais aussi il peut exister une hydrocéphalie spéciale, sans accroissement appréciable du volume de la tête, consistant en une distension des ventricules. Cette hydrocéphalie ventriculaire, comme l'hydrocéphalie anencéphalique, se traduit seulement à l'extérieur par un défaut d'ossification joint à une tension fluctuante de l'intérieur du crâne. Notre figure II, représentée dans le chapitre suivant consacré aux malformations du cuir chevelu, en indique un exemple. L'engagement de la présentation, s'effectuant en pareil cas dans les conditions presque normales, le diagnostic différentiel de cette malformation d'avec le défaut d'ossification idiopathique est impossible.

Dans les positions postérieures du sommet où la tête est imparfaitement fléchie, le champ d'exploration unidigitale a pour centre la grande fontanelle. On n'atteint donc qu'une partie de la suture sagittale.

Telle était la position suivant laquelle s'est présenté l'enfant qui fait le sujet de notre observation. La sage-femme qui a assisté à l'accouchement s'est trouvée dans un certain embarras, malgré sa grande expérience, quand elle a voulu reconnaître l'orientation précise du sommet. La femme lui a été amenée en travail : en pratiquant le toucher, elle n'a pu sentir autre chose au centre de l'aire pelvienne qu'un véritable chaos de languettes osseuses déplacées les unes sur les autres et entremêlées d'espaces membraneux simulant des sutures fusant en divers sens. La petite fontanelle n'était pas accessible. Comme l'accouchement évoluait sans encombre, elle attendit. Bientôt la tête acheva de se fléchir et exécuta son mouvement de rotation. Ce ne fut que lorsque l'occiput fut arrivé derrière l'éminence iléo-pectinée droite qu'elle put reconnaître, en sentant en ce point la petite fontanelle abaissée, qu'il s'agissait d'une position droite du sommet.

Quoique dans l'accouchement d'allure la plus favorable on puisse à la rigueur se passer d'un diagnostic de position secondaire précis, il est toujours préférable, en vue d'une intervention possible, de connaître exactement l'orientation de la tête. S'il existe une conformation anormale de la tête, il faudra redoubler de précautions en pratiquant le toucher. On devra se souvenir que ce mode d exploration donnera des renseignements d'autant plus précis qu'il sera pratiqué avec d'autant plus de lenteur et de douceur. Pour bien discerner les sutures et fontanelles il faut les frôler légèrement de la pulpe du doigt et non les déprimer fortement avec l'index tenu rigide. L'exploration doit être portée aussi loin que possible et on doit, par un mouvement de circumduction à large rayon, parcourir la plus grande partie accessible de la voûte crânienne. Dans les cas douteux, on ne s'attachera donc pas à l'étude exclusive de la fontanelle la plus rapprochee de la vulve, mais on ira à la recherche de celle qui est située à l'opposite. Les sutures sagittales conduisent de l'une à l'autre et on fera l'examen des deux espaces en les mettant en parallèle et reportant le doigt, s'il est besoin, à plusieurs reprises, de l'une à l'autre. Ce n'est que par la découverte de l'orientation des trois repères, les deux fontanelles et la suture sagittale, qu'on évitera les causes d'erreur dans le diagnostic dues à une ossification anormale.

S'agit-il d'une position postérieure et la petite fontanelle se trouve-t-elle haut située en arrière, on introduira l'index et le médius dans la gouttière vaginale et, s'il en est besoin même, on coulera quatre doigts sur les côtés de la tête. Le toucher devient ainsi manuel et, par ce dernier moyen d'investigation, il n'est plus permis de méconnaître la position du sommet. A défaut de netteté dans les caractères des repères ostéo-membraneux, et surtout si la prolongation du travail a donné lieu à la production d'une épaisse bosse séro-sanguine, il suffit de suivre le conseil donné par M. Tarnier et d'aller à la recherche de l'oreille. Là où regarde l'attache du pavillon se trouve dirigé l'occiput.

Si l'excès et si le défaut d'ossification de la tête semblent défavorables à titre égal pour les facilités du diagnostic, il n'en est pas de même de leur influence sur le mécanisme de l'accouchement. Tandis que la première de ces deux dispositions constitue un élément de dystocie maternelle, la seconde, sauf exception, facilite généralement la marche de l'expulsion fœtale.

Trop ossifiée, la tête constitue un bloc irréductible et elle n'obéit pas aux phénomènes plastiques. Au lieu de se modeler par le pétrissage qui résulte de la lutte entre les pressions exercées par l'utérus et les contre-pressions dues à la réaction élastique des parties molles qui tapissent l'excavation pelvienne, et au lieu de prendre la forme cylindro-conique éminemment favorable à son passage à travers la gouttière périnéale (1), la tête reste ronde et, à ce titre, elle expose les parties molles maternelles à un surcroît de distension qui peut entraîner leur effraction.

A l'heure actuelle, les accoucheurs se divisent en deux camps au sujet de l'influence nocive que peut exercer la tête par son volume sur l'anneau vulvaire : les uns considèrent que les grosses têtes passent mieux ; les autres, au contraire, admettent que les têtes petites exposent moins aux dégâts maternels. Mais il y a volume

(1) Budin. — *De la tête du fœtus*, etc. Thèse Paris, 1876.

absolu et volume relatif de la tête : et ce dernier dépend des modifications plastiques inhérentes à la souplesse du crâne. On peut donc mettre les uns et les autres d'accord en disant que ce n'est pas l'excès de dimension, mais l'excès de consistance de la tête qui cause le mal, et qu'une grosse tête peu ossifiée franchit plus heureusement la vulve qu'une petite tête très dure.

Il importe, à ce propos, de remarquer qu'à terme égal de développement fœtal, les petites têtes sont bien plus fréquemment solidifiées à l'excès dans leur enveloppe que les grosses. Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'hyperossification dépend d'une prolongation de la grossesse. En pareil cas, le volume du fœtus est exagéré.

A l'habitude, cette disposition dépend d'une évolution trop rapide du processus d'ossification. Il semble que, sous cette influence, la tête demeure petite, comme si l'encéphale en se développant n'avait pas la force d'expansion nécessaire pour lutter contre la rigidité du crâne.

Nous avons observé, il y a quelques semaines, à l'hôpital Saint-Louis, un enfant né au terme de huit mois, pesant à peine 2.000 grammes, chez lequel on n'arrivait qu'avec difficulté, après la naissance, à sentir le relief des rebords osseux en partie suturés. La petite fontanelle était fermée par un os Wormien.

Cette influence dystocique de l'excès d'ossification de la tête a de tout temps attiré l'attention des accoucheurs. Delamotte (1) parle des difficultés qu'il éprouva en un cas où les os, « au lieu de chevaucher les uns sur les autres, étaient au contraire fort ronds, durs et de niveau. »

Tarnier (2) rapporte une observation du Dr Héricé Legros, qui note dans un cas de dystocie, « que le crâne était rond au lieu d'être ovoïde, et que les os étaient le siège d'un travail hypertrophique qui en avait augmenté l'épaisseur. »

J.-E. Blake (3), dans une étude complète de l'élément de dystocie en question, estime que cet état s'observe surtout lorsque la mère est primipare, vigoureuse et qu'elle mène une vie sédentaire pendant la grossesse. Skene (4) partage cette manière de voir et il s'explique ainsi comment les femmes débiles accouchent plus facilement que celles qui sont trop vigoureuses. Dans ces conditions, il y aurait dépôt de phosphates en excès. Blake considère que l'accouchement peut présenter d'assez grandes difficultés pour qu'il soit nécessaire de recourir à la crâniotomie. Sur trois observations qu'il rapporte de ce genre de dystocie, deux fois il pratiqua la crâniotomie sur l'enfant vivant. La troisième fois il put pratiquer l'extraction d'un fœtus mort à l'aide du forceps, au prix d'une vaste déchirure du périnée. Dans ce fait, d'ailleurs, l'enfant semblait avoir dépassé le terme. Il pesait 12 livres, à peu près. « Les épaules étaient si larges, qu'on eut les plus grandes peines à lui faire prendre place dans le cercueil qui, cependant, avait été choisi comme s'il se fût agi d'un enfant de trois mois. »

D'autres faits où la perforation fut nécessaire ont été signalés à la suite de la communication de Blake. Thomas l'a pratiquée deux fois et Reynolds une fois. Ce dernier auteur, ayant ouvert la cavité crânienne à l'aide du perforateur, ne put détruire suffisamment avec le forceps la coque osseuse évacuée et dut l'enlever par morcellement. Chez une femme de 34 ans en travail depuis deux jours, Garrigues (1) travailla en vain pendant 3 heures à extraire par le forceps un enfant à tête dure. Il fit la perforation sur la grande fontanelle. Sous la pression du crânioclaste, les os s'enfonçaient comme des lames de plomb.

L'expérience instituée par Thomas démontre d'ailleurs de façon péremptoire le rôle dystocique de la surossification crânienne. Une tête fœtale est placée dans le petit bassin d'un cadavre, et on lui fait franchir sans difficultés la gouttière périnéale. On l'ouvre, on retire la matière cérébrale, et on l'emplit à nouveau à l'aide de plâtre. Dans ces nouvelles conditions, elle ne peut plus être refoulée au dehors de l'anneau vulvaire.

Les raisons par lesquelles nous venons de montrer comment l'excès d'ossification exerçait une action dystocique, indiquent suffisamment par la réciproque comment la disposition inverse du crâne peut agir favorablement. Très malléable et réductible, la tête s'accommode au mieux à la forme de la filière pelvi-périnéale et les frottements fœtaux se réduisent à leur minimum. L'événement l'a d'ailleurs démontré dans notre observation ci-dessus rapportée, puisque, bien qu'il se fût agi d'une position postérieure du sommet, l'accouchement s'effectua dans un laps de temps n'ayant pas dépassé cinq heures.

Aussitôt l'enfant né, la sage-femme avait été frappée de la déformation extrêmement prononcée de la tête. Celle-ci, nous a-t-elle dit, semblait avoir été étirée du front à l'occiput. Lorsque nous vîmes l'enfant, moins de quarante-huit heures plus tard, il ne restait plus trace de cette distorsion toute physiologique, et le globe céphalique avait intégralement récupéré sa forme arrondie et symétrique. Le défaut d'ossification préside donc en même temps à l'exagération des déformations plastiques durant le travail, et à la très rapide *restitutio ad integrum* de la forme originelle après l'accouchement.

Dans quelques cas rares, cependant, la malléabilité extrême du crâne peut troubler le mécanisme de l'accouchement. Dans les positions postérieures du sommet, lorsqu'en même temps le périnée est dénué de souplesse, il semble que la tête vienne s'aplatir sur le plancher pelvien, elle refuse d'obéir aux contre-pressions exercées par les tissus maternels, qui doivent avoir pour effet de chasser le front dans la concavité du sacrum. La rotation ne s'exécute pas, la gouttière périnéale ne se creuse pas, et on est obligé de recourir à l'application du forceps pour faire tourner et extraire la tête.

En ce qui concerne le pronostic pour l'enfant, le degré de consistance du crâne n'est pas chose indifférente. Dans une mauvaise application de forceps, quand avec un instrument défectueux on exerce des tractions saccadées et quand, par les alternatives de ces serrement et de relâchement des manches du forceps, on détermine une sorte de mâchure du crâne, une tête molle est plus malmenée qu'une tête très ossifiée. Une compression uniforme, ainsi que l'ont démontré Leyden et Duret par leurs expériences sur le chien, n'offre pas les mêmes inconvénients qu'une série de resserrements du crâne. Un des avantages du forceps Tarnier est de mettre à l'abri

(1) De La Motte. — *Traité des accouchements*. T. II, p. 762.

(1) Tarnier. — *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire*. Th. agr., 1860, p. 199.

(3) John Ellis Blake. — *Premature ossification of the fetal cranium as a cause of dystocia*, etc. *Amer. Journ. of Obstetrics*, 1879, p. 225.

(4) Ibid.

(1) Garrigues. — *Dystocia from an anomaly of the fetal skull*. *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1885, p. 110.

de cette influence fâcheuse pour le fœtus, grâce à l'action de la vis de pression, qui permet de comprimer continûment, uniformément et à un degré déterminé les deux côtés de la tête.

Dans l'accouchement spontané, comme dans l'accouchement artificiel où l'on tire lentement et doucement, le chevauchement des sutures et le redressement de la courbure des tables osseuses qui donnent lieu aux phénomènes plastiques, semblent le plus souvent n'avoir aucune influence préjudiciable sur le fonctionnement de l'encéphale et sur la vie du fœtus. Les éléments de déformation auraient même, d'après la conception de Thouret (1), une action providentielle. « Le rapprochement des os du crâne, leur croisement, dit-il, ne peuvent pas avoir lieu sans que sa cavité naturelle ne perde de son étendue et n'expose le cerveau à une compression. » Par ce moyen, déduit-il, la nature épargne à l'enfant le sentiment de la douleur. « Lorsque, chez l'adulte, une partie de la calotte crânienne se trouvant enlevée, on exerce une certaine compression sur la substance cérébrale, on voit survenir un assoupissement immédiat. L'occipital, le frontal et les pariétaux peuvent, chez le fœtus, chevaucher avec une certaine facilité les uns sur les autres; il en résulte au moment de l'accouchement une compression du cerveau et, de là, comme conséquence, une véritable insensibilité. »

Denman (2) considère que la tête de l'enfant peut se réduire d'un tiers dans son volume sans que l'enfant en souffre. « Si l'encéphale de l'enfant, dit Billard (3), offre une telle tolérance à la compression, c'est en vertu de la loi générale : la résistance organique et l'activité réparatrice de chaque individu sont d'autant plus grandes que le type auquel il répond est moins élevé dans la série animale. »

Pendant la vie intra-utérine, l'enfant peut en effet, par suite de sa physiologie propre qui en fait un parasite maternel, être considéré comme un être très inférieur dans la série animale, à l'enfant qui se développe au dehors de l'utérus. On sait, en effet, que le système nerveux spinal et ganglionnaire offre une grande prépondérance fonctionnelle sur l'encéphale, chez le fœtus. Il suffit d'avoir vu naître, comme Budin l'a mentionné (4) et comme nous-même l'avons observé une fois à la Maternité, des enfants criant avec la tête écrasée dans sa portion crânienne par le céphalatribe, pour avoir la démonstration pratique du fait.

Pour quelques auteurs cependant, le défaut d'ossification du crâne pourrait avoir un retentissement grave sur l'intégrité du fœtus. Parrot (5), avec Guéniot, considère que cet état anatomique est une cause fréquente d'hémorrhagie intra-crânienne. Math. Duncan (6) pense que si le cerveau est trop comprimé à travers un crâne trop dépressible, l'enfant se trouve exposé à devenir épileptique, idiot ou aliéné.

Truzzi (7) a publié une observation de mort du fœtus pendant le travail, qui s'est manifestée à l'autopsie par tous les caractères de l'asphyxie. Cet auteur rappelle à ce propos l'opinion de Schultze, qui discerne deux variétés d'asphyxie intra-utérine. L'une, rapide, qui se traduit par des mouvements de respiration prématurée, l'autre par le ralentissement progressif de la circulation. Dans le premier cas il y a excitation puis paralysie du centre respiratoire sous l'influence de l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang ; dans le second cas, paralysie lente sans excitation préalable. La compression prolongée de l'encéphale entraînerait cette dernière variété d'asphyxie.

Bien que les faits de mort du fœtus par compression cérébrale ne doivent pas être mis en doute, il s'en faut qu'ils soient fréquents, et il nous semble juste de conclure que, dans l'immense majorité des cas, le défaut de consistance de la calotte ostéo-membraneuse est sans influence fâcheuse sur l'enfant.

L'excès d'ossification n'exerce aucune action sur le bon fonctionnement des appareils fœtaux pendant le travail. Il n'offre donc aucune valeur pronostique pour l'enfant au point de vue obstétrical. Nous signalerons toutefois la très fâcheuse influence qu'il peut avoir sur le développement ultérieur de l'individu.

M. P. Jacobi (1) a montré qu'il était indispensable pour la santé physique et psychique qu'il y eût des fontanelles et des sutures non fermées à la naissance ; il conseille de chercher à prévenir les fâcheux effets de la compression cérébrale, en soumettant l'enfant soit à un traitement stimulant, soit au contraire à l'inanition relative de façon à entraver son développement. Il considère que l'enfant atteint d'ossification prématurée est fatalement condamné à succomber à des accidents cérébraux. C'est en s'appuyant sur cette conclusion que Blake (2), Thomas, Reynolds estiment qu'il ne faut pas hésiter, au cas où l'expulsion offre des difficultés, à recourir à la perforation crânienne, lorsqu'on constate pareille anomalie au cours du travail. Est-il besoin de dire que, pour nous, cette conduite est trop radicale et que nous nous garderions bien de la conseiller ! Il semble difficile d'admettre qu'une application de forceps bien conduite ne puisse venir à bout de l'extraction de la tête la plus ossifiée, à condition que la mère soit bien conformée.

Dans les premiers jours qui suivent la naissance, il n'est pas rare de voir ces enfants comme engourdis, criant peu, tétant mal, tomber dans une athrepsie à évolution rapide et succomber sans offrir à l'examen nécroscopique de lésions viscérales appréciables.

Le nouveau-né prématuré, à tête ossifiée, que nous avons observé à St-Louis et dont nous avons fait mention plus haut, mourut de cette façon en moins d'une semaine, malgré le réchauffement par la couveuse et l'alimentation artificielle qui avaient été mis en œuvre avec la plus grande sollicitude.

Dans la seconde enfance, les sujets à tête trop tôt synostosée se développent mal, tant au point de vue physique qu'au point de vue psychique. S'ils ne succombent pas de bonne heure à des convulsions, ils peuvent demeurer idiots. La relation de cause à effet est aujourd'hui établie avec assez de précision pour que les chirurgiens n'hésitent pas, en pareille circonstance,

(1) Thouret. — *Recherches sur les différents degrés de compression dont la tête du fœtus est susceptible. Mém. de la Soc. de Méd.*, 1799.

(2) Denman. — *Introduction to the practice of Midwifery*, 1816, p. 352.

(3) Billard. — *Traité des maladies des enfants.* 3e édition. Paris, 1840. Préface, p. 2.

(4) Budin. — *Obstétr. et gynéc.*, p. 219.

(5) Parrot. — *Etude sur l'hémorrhagie encéphalique chez le nouveau-né. Arch. de Tocol.*, 1875, p. 15.

(6) M. Duncan. — *Brit. med. assoc., séance annuelle de* 1873. Londres.

(7) *Loc. cit.*

(1) Mary Putnam Jacobi. — *Etiological and prognostic importance of the premature closure of the fontanels and sutures of the infantile cranium. New-York Journ. of Medic.* January, 1858.

(2) *Loc. citat.*

à donner du jeu à l'encéphale enserré trop à l'étroit dans sa capsule crânienne, par le moyen de la craniectomie.

II

ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT DU CUIR CHEVELU

Un deuxième ordre de malformations spéciales aux enveloppes du crâne du fœtus a trait à certains arrêts de développement localisés au cuir chevelu. Ils se présentent avec l'apparence de pertes de substance de la peau, et dans les quatre faits que nous avons pu observer, ces pertes de substance affectaient une disposition en îlots siégeant à la partie supérieure du crâne.

Sauf dans un cas, cette anomalie de développement cutané ne s'accompagnait d'aucune autre malformation.

Par elle-même elle n'apporte aucune entrave au fonctionnement régulier des organes de l'enfant, et elle n'influe en rien sur les facilités du diagnostic par le toucher vaginal, non plus que sur l'évolution de l'accouchement. Elle n'offre donc pas l'intérêt clinique des malformations de l'enveloppe ostéo-membraneuse, aussi ne comporte-t-elle qu'une courte description et ne mérite-t-elle de fixer l'attention qu'au point de vue tératologique.

Nous n'avons pas trouvé mention de ces arrêts de développement en parcourant la littérature obstétricale. M. le Dr Bar nous a dit avoir rencontré, au Musée anatomique de Cologne, une pièce ayant trait à une absence partielle et étendue du cuir chevelu localisée à la région bregmatique, chez un enfant paraissant né à terme. Notre collègue et ami a bien voulu nous montrer le dessin rapide qu'il avait pris de cette disposition particulière. Bien que vraisemblablement de même origine pathogénique que les faits que nous avons en vue dans cette étude, la malformation en question en différait toutefois par l'étendue de l'arrêt de formation de la peau, et en même temps par l'absence d'ossification de la région crânienne sous-jacente.

M. Bar nous a également fait part d'une observation personnelle, encore inédite, dans laquelle il avait rencontré un arrêt de développement des téguments localisé en un point très peu étendu de la paroi latérale de l'abdomen d'un nouveau-né. M. Tarnier a vu des cas semblables.

Nous avons recueilli notre première observation à la Maternité, pendant notre internat dans cette maison, en 1884.

Il s'agissait d'une multipare, la femme Bour..., qui fut admise à l'hôpital le 2 juillet 1884. Elle était arrivée au terme de sa grossesse. Le travail était commencé depuis plusieurs heures, la dilatation du col était complète, la poche des eaux rompue. L'enfant avait succombé avant l'arrivée à la Maternité ; il se présentait en position A. I. G. de l'épaule droite. Il fut extrait par la version. Son poids, de 3,700 grammes, indiquait suffisamment que la grossesse n'avait pas été interrompue prématurément.

L'enfant était parfaitement conformé, non seulement dans ses apparences extérieures, mais encore dans les dispositions intimes de ses organes.

Au niveau du cuir chevelu, en un point situé immédiatement en arrière et au-dessus de la bosse pariétale du côté gauche, effleurant la direction de la suture sagittale sans empiéter sur la moitié droite du crâne, il existait une perte de substance cutanée.

Elle se présentait avec un contour nettement tracé, parfaitement circulaire, et offrait les dimensions d'une pièce de vingt centimes. Nulle trace de rougeur ni de gonflement au voisinage non plus qu'à la surface même de la solution de continuité. On ne pouvait songer à un travail ulcératif d'origine inflammatoire. Le fond de la pseudo-ulcération n'était pas cruenté et se trouvait tapissé par une membrane d'apparence plus claire que le reste du cuir chevelu, dénuée de poils et parfaitement lisse au doigt. Bien que nous n'ayons pas pratiqué l'examen histologique de la pièce, nous pensâmes qu'il s'agissait d'un simple défaut de développement de la peau.

Nous avons dû à la grande obligeance de M. Maygrier de pouvoir observer un second fait de même nature. Il s'agissait d'un enfant né à la maternité de la Pitié, en 1888. L'accouchement avait eu lieu à terme, spontanément, et avait été des plus faciles. L'enfant, bien développé, était de toutes parts normalement conformé, et se trouvait en parfait état de santé. La lésion cutanée congénitale offrait très exactement les mêmes dispositions, les mêmes dimensions, les mêmes contours nets et circulaires, et le même siège que dans le fait que nous avions observé en 1884. L'enfant quitta l'hôpital vers le 10e jour, sans qu'il fût survenu de changements appréciables dans l'état local de la peau du crâne. A notre connaissance, il n'a pas été de nouveau examiné par la suite. Tout donnait à penser qu'il a dû continuer à se développer régulièrement.

La troisième observation, plus complexe en ce sens qu'il existait conjointement des malformations profondes de la voûte ostéo-membraneuse du crâne, de l'encéphale et des organes des sens, a été recueillie par nous à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, alors que nous remplacions dans son service M. le Dr P. Bar.

Nous devons à la complaisance de M. Lamotte, alors interne de cette maternité, d'avoir pu joindre à la description macroscopique des malformations l'examen histologique de la lésion congénitale qui nous occupe. Nous devons ajouter que le concours de notre obligeant assistant nous était d'autant plus précieux, pour ne parler que du cas particulier, que M. Lamotte possède une compétence toute spéciale en matière de tératologie.

Nous reproduisons ici *in extenso* cette observation intéressante à différents points de vue.

Mme R..., primipare, âgée de 23 ans, journalière, entre à la maternité de Saint-Louis, le 12 mai 1890.

Elle ignore l'époque de ses dernières règles. L'utérus offre les dimensions d'un utérus à terme. Ses parois sont très tendues : la palpation est difficile à pratiquer ; on arrive cependant à percevoir un ballottement céphalique très net au fond de l'organe et à droite. On trouve une fluctuation évidente dans toutes les directions.

La dilatation du col est complète. La poche des eaux demeure tendue dans l'intervalle des contractions. On arrive cependant à reconnaître par le toucher qu'il s'agit d'une présentation du siège complet en S. I. G. T. non engagée.

On est frappé par les petites dimensions des extrémités accessibles au doigt. Les pieds ne semblent pas plus grands que ceux d'un enfant de huit mois. Comme l'utérus offre le volume qu'il doit avoir au terme de la grossesse, on pourrait penser à l'existence d'une grossesse multiple, mais la constatation d'un centre unique de battements cardiaques fœtaux, le défaut de réplétion utérine par de nombreuses parties fœtales, la facilité avec laquelle le flot se transmet dans tous les sens fait rejeter de suite cette hypothèse. On s'arrête au diagnostic d'accouchement prématuré, avec hydramnios et présentation du siège.

La poche des eaux se rompt spontanément, et en vingt minutes l'expulsion est terminée. On est obligé cependant

d'exercer quelques tractions digitales pour faire franchir à la tête dernière la gouttière périnéale.

L'enfant fait quelques inspirations et succombe presque aussitôt.

Les dimensions du tronc sont celles d'un enfant né au terme de 7 mois et demi environ. Mais la tête, quoique de forme normale, tranche par son volume et semble appartenir à un enfant né au terme de son développement.

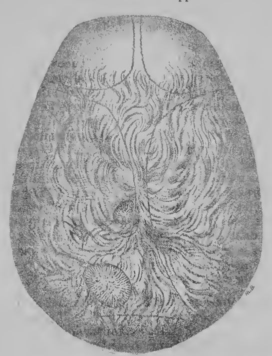


Fig. 33.

Cette tête est anormalement peu ossifiée: les fontanelles bregmatique et occipitale sont larges. Cette dernière se confond avec la suture sagittale en un vaste espace triangulaire, dont la pointe est tournée vers le bregma (*Fig.* 33). La fontanelle de Gasser est largement ouverte. Néanmoins, la partie inférieure ou externe des sutures interfrontale, pariéto-cervicale et lambdoïde n'est pas extraordinairement élargie. C'est donc la partie supérieure du crâne qui constitue le siège presque exclusif du défaut d'ossification.

Le crâne ouvert, on constate que le cerveau est réduit à l'état d'une coque mince de substance nerveuse. Les ventricules latéraux sont distendus par une abondante accumulation de liquide, et on ne distingue pas les divers organes qui occupent à l'état normal le plancher de ces deux cavités. Il s'agit donc d'une hydrocéphalie purement ventriculaire.

Du côté des yeux, il existe à gauche un double coloboma de l'iris et de la choroïde. A droite on trouve un coloboma de l'iris seulement.

Les viscères n'offrent pas d'autres anomalies qu'une dégénérescence kystique du rein gauche.

Le cuir chevelu est le siège de trois îlots d'arrêt de développement. Le plus considérable présente les dimensions d'une pièce de 50 centimes et se trouve au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal gauche. Le second, plus petit, est situé du même côté du crâne, en avant du précédent, au voisinage immédiat de la sagittale. Le troisième n'est pas représenté sur la figure. Il répondait à la coquille occipitale. Il a servi à faire l'examen microscopique.

Les trois plaques ne sont pas recouvertes de poils. Elles sont nettement délimitées par une petite bordure blanche qui marque la limite de la couche cornée de l'épiderme. Le fond des pseudo-ulcérations est occupé par un tissu jaunâtre, translucide, d'apparence gélatineuse. Il est sillonné par de nombreux vaisseaux sanguins de très petit volume.

Ce tissu rappelle, par sa transparence, son état gélatineux, et par sa vascularisation, la peau d'un fœtus de 2 à 3 mois. L'examen histologique montre qu'il n'y a pas seulement similitude d'apparences, mais encore identité absolue de structure.

Sur les coupes, en effet, on trouve en dehors des îlots la peau normale avec ses poils et ses glandes sébacées bien développés. La couche cornée, bien distincte de la couche de Malpighi, s'arrête brusquement au pourtour du foyer de la lésion. L'épiderme, au niveau des plaques, n'est représenté que par quelques couches de cellules plates, mais il n'y a pas de couche cornée bien nette ; les cellules les plus superficielles sont seulement plus minces que les profondes.

Le chorion proprement dit diffère également beaucoup au niveau de la peau saine et au niveau des arrêts de développement. Sur la peau saine, le tissu conjonctif est bien développé. On voit de nombreuses fibres conjonctives et des cellules fusiformes. Au niveau des plaques, au contraire, il n'y a pas de fibres conjonctives, mais seulement des cellules fusiformes ou arrondies plongées dans une gangue amorphe. Il n'existe ni poils, ni glandes en voie de formation. Les vaisseaux qui traversent ce tissu semblent relativement plus gros que ceux qu'on rencontre à côté dans la peau normale. Le chorion qui les entoure est si peu résistant que l'on voit ces vaisseaux se rompre sous l'influence de pressions légères. Le sang s'infiltre dans le tissu ambiant qui, de jaune et translucide qu'il était, devient uniformément rouge et opaque.

Peu de jours après avoir observé le fait que nous venons de décrire, nous avons eu occasion d'en observer un quatrième dans ce même service de l'hôpital Saint-Louis.

Le 24 août 1890, la nommée Corn.., âgée de 29 ans, est admise, en travail, à la maternité de Saint-Louis.

Cette femme est enceinte pour la 5e fois. Ses trois premières grossesses se sont heureusement terminées : deux des enfants vivent. Elle a été atteinte de syphilis en 1887 et sa quatrième grossesse, survenue un an après l'infection syphilitique, a été interrompue par la mort du fœtus qui a été expulsé au terme



Fig. 34.

de 6 1/2. Depuis, la malade a suivi le traitement spécifique avec beaucoup de rigueur et sans interruption.

La grossesse actuelle a évolué sans accidents ni anomalies. Les dernières règles datent du 29 novembre-5 décembre 1889. La femme est donc enceinte de 8 mois 1/2 environ. Les membranes se sont rompues deux heures avant l'apparition des premières douleurs.

Dès son entrée, on constate l'existence d'une grossesse gémellaire : les deux enfants sont en bonne santé apparente ; tous deux se présentent par le siège.

La période de dilatation dure quatre heures ; en vingt minutes le premier enfant est expulsé en présentation du siège décomplétée mode des fesses ; le second est expulsé vingt minutés après en présentation du siège complet. L'accouchement est entièrement spontané.

Le placenta est immédiatement après rejeté au dehors. Il ne présente aucune trace d'altération.

Les deux enfants sont valides et n'offrent aucun stigmate de syphilis. Le premier, fille, pèse 2,780 gr., le second, garçon, pèse 3,100 gr. Tous deux ont des diamètres céphaliques sensiblement égaux. La fille ne présente aucune anomalie du système cutané. Il n'en est pas de même pour le garçon. Celui-ci, en effet, porte au niveau du cuir chevelu une plaque d'arrêt de développement (*Fig.* 34).

La lésion siégeait sur la ligne médiane, à deux centimètres environ en avant de la fontanelle occipitale. Mais au lieu d'offrir la disposition régulière que nous avions constatée dans les trois cas précédents, elle affectait la forme d'une feuille de trèfle. Elle était symétriquement placée au-dessus de la suture sagittale et plus étendue dans le sens transversal que dans le sens longitudinal. Sa dimension transversale était d'à peu près deux centimètres : d'avant en arrière, au niveau de la foliole moyenne, elle était longue de 10 à 12 millimètres. Cette surface offrait le fond jaunâtre translucide accoutumé ; elle était dépourvue de poils et se limitait par un bord tranché à pic.

L'enfant était bien développé ; il continua à croître en bonne santé. Nous pûmes l'observer un mois après sa naissance. La perte de substance s'était réduite de moitié et en partie comblée. Le relief des trois folioles s'était considérablement émoussé et l'ilot primitif avait tendance à prendre la forme circulaire. La portion restée déprimée avait conservé son même aspect gélatineux ; la diminution d'étendue à la périphérie s'était faite sans plissements, sans indurations : il n'y avait pas travail de cicatrisation, comme cela eût été s'il se fût agi d'une ulcération, mais simplement envahissement par développement concentrique de la peau, qui passait ainsi peu à peu de l'état embryonnaire à l'état adulte. Nous n'avons pas pu savoir si, comme cela était à présumer, la perte de substance originelle a totalement disparu par la suite, et s'il en reste quelque trace à la surface de la tête.

Nous devons à l'obligeance de notre maître, M. le Dr Budin, la communication d'un fait pouvant être rapproché de ceux qui précèdent, qu'il a récemment observé dans son service de la Charité. Ce cas se caractérise, toutefois, par deux particularités que nous n'avons pas rencontrées dans nos observations personnelles.

La nommée Zorn..., âgée de 35 ans, entre à la maternité de la Charité le 21 mars 1891.

Cette femme Vpare est déjà accouchée quatre fois à terme, très facilement. Sauf à son quatrième accouchement, où l'on fit la version, les enfants se sont présentés par le sommet. Ils étaient bien développés et ne présentaient pas de malformations.

La femme est à terme. L'enfant se présente en OIG. La tête fléchie est mobile au détroit supérieur. L'utérus est distendu par exagération de la quantité du liquide amniotique. Le promontoire est accessible.

Le travail progresse lentement. Au bout de douze heures la dilatation est complète, la tête demeure élevée et fuit d'une fosse iliaque à l'autre sous la pression de la main.

On rompt à ce moment la poche des eaux, en veillant à ce que le liquide s'écoule lentement au dehors. La quantité recueillie est de 1,900 gr. En exécutant la rupture artificielle, on maintient la tête fléchie au détroit supérieur ; une contraction survient qui l'engage au détroit supérieur.

Le col revient sur lui-même. Le doigt, introduit dans sa cavité, atteint aisément la suture sagittale déviée vers le promontoire. En redressant l'utérus antéversé on ramène la suture en bonne direction ; l'engagement se complète et l'expulsion s'effectue spontanément. L'enfant, bien développé, pèse 3,600 grammes.

En pratiquant le toucher profond, au moment de la rupture des membranes, la sage-femme de service avait senti sur le pariétal gauche une inégalité de surface qui avait vivement frappé son attention, mais elle n'avait pu en discerner la nature.

Après la naissance, on constate au niveau de la partie postéro-supérieure du pariétal gauche, près de la ligne médiane, une petite ulcération à bords circulaires, nettement tranchés, des dimensions d'une lentille. Un halo blanchâtre de tissu cicatriciel entoure la perte de substance et deux travées inodulaires en partent, s'étendant, l'une de haut en bas et de dedans en dehors parallèlement à la branche correspondante de la suture lambroïde ; l'autre, dans la direction opposée, en passant par dessus la suture sagittale, pour empiéter sur la région pariétale droite. Cette cicatrice est légèrement adhérente.

L'existence du tissu cicatriciel constitue ici une particularité que nous n'avons relevée dans aucune des observations qui précèdent.

La perte de substance, très peu étendue au moment de la naissance, semblait n'être que le reliquat d'une solution de continuité cutanée, primitivement beaucoup plus étendue. La restauration du tégument s'était donc en grande partie effectuée pendant la vie intra-utérine, suivant le processus habituel à la cicatrisation des plaies étalées, par bourgeonnement.

Une autre particularité consistait en une dépression du tissu osseux, au-dessus de la cicatrice, peu étendue et peu profonde, difficilement limitable, mais aisément perceptible sur le doigt. Il semblerait donc que, dans ce fait, non seulement le tégument crânien, mais encore une certaine partie de l'épaisseur de l'os aient été momentanément et de bonne heure entravés dans leur développement.

Point à noter : si le bassin était très légèrement vicié, les aspérités du détroit supérieur n'avaient pu exercer aucune action sur le cuir chevelu : Le défaut d'engagement de la tête d'une part, et d'autre part l'existence de l'hydro-amnios suffisaient à empêcher un contact offensant exercé sur le fœtus par le pourtour de la marge du bassin.

La pathogénie de ces arrêts de développement ne doit pas être cherchée en dehors du fœtus et de ses annexes. Il eût été peut-être satisfaisant pour l'esprit d'admettre que le contact prolongé du crâne de l'enfant avec les aspérités de l'enceinte pelvienne maternelle eussent gêné, par compression prolongée et localisée, l'expansion en épaisseur de la peau. Mais, outre que le siège des lésions ne répondait en rien aux points du globe céphalique qui se trouvent dans la présentation du sommet en contact direct avec le pourtour du détroit supérieur, il y a eu dans trois de nos faits cette particularité singulière, que deux fois il s'est agi d'une présentation du siège, et une fois d'une présentation du tronc.

Le défaut de stigmates inflammatoires autour des ilots où la peau est mal formée ne permet pas plus d'admettre l'existence d'un travail ulcératif accidentel comme élément pathogénique.

Nous pensons plutôt qu'il faut rechercher la raison de ces anomalies dans l'explication qu'a donnée le professeur Lannelongue (1) de la production de certaines malformations céphaliques, à siège périphérique. « L'influence exercée par l'amnios sur la conformation de l'embryon est très grande, dit cet auteur, lorsque cette membrane ne suit pas un cours régulier dans son développement. Les plis anormaux qu'elle peut présenter, surtout les adhérences qu'elle contracte avec la surface embryonnaire, paraissent être une des causes les plus probables de ce groupe de malformations. Toutefois, il ne s'est pas offert à l'observation de fréquentes occasions de retrouver ces adhérences, comme un témoignage certain du mécanisme qui a présidé à l'anomalie. »

L'hypothèse la plus plausible que nous puissions admettre ici est donc qu'au moment de la réflexion de l'amnios au niveau du capuchon céphalique, à la troisième semaine de la vie intra-utérine, il s'établit une adhérence entre les feuillets fœtal et ovulaire de cette

(1) Lannelongue. — *Quelques exemples d'anomalies congénitales au point de vue de leur pathogénie. Arch. gén. de médecine*, T. 151. Avril 1883, p. 389.

membrane; cette adhérence s'élonge en forme d'une ou plusieurs brides, et lorsque celles-ci se trouvent brisées et résorbées par les progrès de l'expansion de l'œuf, leur point d'insertion fœtale constitue une zone cutanée qui se trouve en un retard dans son développement par rapport au reste du cuir chevelu.

Ces malformations congénitales, qui n'ont point été jusqu'ici diagnostiquées par le toucher avant la naissance, ne prêtent à aucune erreur d'interprétation. Les exulcérations déterminées par l'éclatement de phlyctènes produites dans le travail prolongé à la surface de la bosse sanguine n'intéressent que la couche cornée de l'épiderme, et ne donnent pas lieu à une perte de substance à bords taillés à pic. Des érosions produites par un perce-membranes, ou par un coup d'ongle, ne pourraient entraîner des pertes de substances circulaires aussi étendues. D'ailleurs, l'existence d'un fond cruenté lèverait tous les doutes, à défaut de commémoratifs.

Dans l'accouchement dystocique dû aux viciations pelviennes, il arrive parfois que le cuir chevelu est le siège d'îlots de sphacèle qui prend naissance à la suite d'une pression trop prolongée et trop violente de la tête sur l'un des reliefs du détroit supérieur mal formé ou sur une des épines triatiques trop saillantes. On trouve à la naissance des plaques nummulaires de peau noirâtre et racornie, déprimées au milieu des téguments rendus turgides par la coexistence d'une volumineuse bosse séro-sanguine. Mais ces marques de pression ne tardent pas à s'éliminer à la manière des tissus sphacélés. Si l'on examine le crâne après leur chute, il est aisé de reconnaître qu'on ne se trouve pas en présence d'une altération congénitale et spontanée. Il suffit pour cela de constater les caractères du travail de réparation cicatricielle et de l'inflammation, qui éliminatrice ont pour siège l'aire ou les bords de la perte de substance produite par le traumatisme.

Facultés de médecine. — Par décret en date du 5 juin 1891, les aspirants au doctorat en médecine et au grade de pharmacien de première classe doivent produire, en passant leur première inscription, les diplômes ci-après indiqués. — *Doctorat en médecine*. Le diplôme de bachelier secondaire classique, avec mention : lettres, philosophie et transitoirement le diplôme de bachelier ès sciences restreint. — *Grade de pharmacien de première classe.* Le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention : lettres, philosophie, ou avec mention : lettres, mathématiques, ou le diplôme de bachelier de l'enseignement moderne, avec l'une ou l'autre des trois mentions. Les diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences et de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, actuellement délivrés et ceux qui seront ultérieurement délivrés, en exécution des mesures transitoires arrêtées par le décret du 8 août 1890 et par décret de 5 juin 1891 (enseignement secondaire moderne) restent valables pour l'inscription en vue des grades de licencié au doctorat, en droit, doctorat en médecine, licencié ès sciences ou ès lettres et grade de pharmacien de première classe. — A titre de mesure transitoire et en attendant que le nouveau baccalauréat fonctionne régulièrement, les diplômes à fournir pour la première inscription de doctorat sont fixés, par décret, comme il suit : Les diplômes de bachelier ès lettres, de bachelier ès sciences et de bachelier de l'enseignement secondaire spécial, actuellement délivrés et ceux qui seront délivrés ultérieurement, en exécution des mesures transitoires, restent valables pour l'inscription en vue des grades, conformément aux règlements antérieurs.

Deux médecins récalcitrants. — Deux médecins d'une petite localité espagnole s'étaient refusés à pratiquer l'autopsie d'un cadavre. Ils prétendaient que les autorités judiciaires, désignées pour assister à cette opération, n'étaient pas suffisantes, et en outre, que celles-ci auraient dû leur fournir deux ou trois aides, de même que les instruments et les désinfectants nécessaires en pareil cas. Condamnés chacun à 25 francs par les premiers juges, ils en ont appelé davant la Cour de Barcelonne qui les a acquittés, parce qu'ils ont refusé d'accomplir leur devoir qu'à cause d'une impossibilité matérielle.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Réformes médico-légales en Russie.

En Russie, comme chez nous, tout le monde se plaint de l'insuffisance de l'expertise médico-légale. Avant les réformes d'Alexandre II, la médecine légale, en Russie, n'avait qu'une existence obscure, tout à fait effacée. La création des nouveaux tribunaux, l'institution des zemstwa ont amené le grand réformateur à combler cette lacune importante : dans chaque municipalité, dans chaque district, le Gouvernement nomma des médecins spécialement chargés de la police sanitaire et des questions médico-légales de leurs régions correspondantes. Il y a de cela 25 ans, et depuis la même époque paraît à Saint-Pétersbourg un journal *Archives de médecine légale et d'hygiène sociale* publié sous la direction de M. Bertenson, son fondateur. Quoique l'existence des médecins-légistes municipaux et cantonaux soit approuvée en principe par tout le monde, l'organisation actuelle présente, néanmoins, plusieurs défauts qui préoccupent vivement les médecins et les jurisconsultes russes. En effet, ces médecins-légistes attitrés sont sortis des Facultés, où l'enseignement de la médecine légale n'a pas encore d'organisation régulière, d'où impossibilité d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques suffisantes pour les besoins judiciaires. Aussi, le Pr Gwosdeff de Kazan propose-t-il, à l'exemple de ce qui a été déjà fait chez nous par le Pr Brouardel, de créer, dans chaque Faculté, un cours particulier théorique et *démonstratif* non seulement pour les étudiants de la dernière année, mais aussi et surtout pour les médecins déjà en fonctions et déjà aux prises avec certains besoins administratifs; il demande que *tous* les cadavres devant être soumis aux recherches médico-légales soient obligatoirement apportés à la Faculté, voyant là avec raison une des sources principales pour l'acquisition des connaissances médico-légales; une autre source, peut-être non moins importante, consisterait à autoriser les étudiants à assister aux examens des criminels et des autres personnes mêlées à l'affaire médico-légale; enfin, la création des musées médico-légaux, où *tous* les objets à conviction qui ont servi aux tribunaux et dont on n'a plus besoin seront rassemblés et classés avec ordre dans les locaux spéciaux des Facultés, contribuerait aussi efficacement à l'exercice pratique des élèves.

Telle est la première réforme à réaliser pour parer au défaut d'enseignement universitaire actuel.

Le second défaut de l'organisation actuelle résulte de la situation anormale du médecin-expert devant les tribunaux. Tout en créant des médecins-légistes municipaux et cantonaux, la loi russe, pour s'assurer le concours de l'expertise dans la plus large mesure, déclare qu'aucun médecin, quel qu'il soit, n'a le droit de refuser de procéder à une entreprise médico-légale chaque fois qu'il est requis par les autorités compétentes (art. 336 du Code criminel). Qu'arrive-t-il alors ? Les procureurs, les juges d'instruction, les commissaires de police, confient l'expertise à des médecins de leur choix personnel qui sont légistes aussi peu que possible. Pendant ce temps, les véritables médecins-légistes,

chargés par la loi elle-même de s'occuper des expertises, font de la clientèle privée pour augmenter un peu leur budget généralement très maigre. Ces occupations, ces soucis, en dehors de leurs obligations médico-légales directes, leur prennent tout leur temps et lorsque, par hasard, on les charge d'une expertise, ils ont une grande tendance à s'en acquitter au moyen d'une paperasserie sans aucune valeur réelle. Aussi, la mesure unique qui s'impose consiste à former une catégorie réellement spéciale des médecins-légistes avec un traitement fixe leur assurant une existence convenable sans qu'ils soient obligés de compter sur les ressources de la clientèle privée. Ces avantages matériels permettront au Gouvernement d'être plus difficile dans le choix de ses experts médicaux et d'être bien plus exigeant aux examens des médecins qui aspireront au titre d'inspecteur du département médical.

Nous avons vu plus haut que la police sanitaire est aussi à la charge des médecins-légistes municipaux et cantonaux; il est évident que s'ils doivent s'occuper de tous les cas épidémiques qui se présentent dans leur circonscription, ils ne peuvent consacrer que fort peu de temps à leurs obligations médico-légales, de sorte qu'ici encore une réforme est nécessaire : il faut les débarrasser des préoccupations sanitaires pour lesquelles il est essentiel de nommer des médecins spéciaux. D'un autre côté, on se préoccupe également de rendre plus importante, plus digne, la situation du représentant de la médecine devant les tribunaux. Jusqu'à présent les magistrats s'offrent le choix de tel ou tel médecin, dit expert, qui leur convient d'après leurs impressions personnelles. Inutile de dire que l'expertise devient, dans ces conditions, un petit jeu trop souvent — hélas ! — macabre qui se fait aux dépens de la Justice, laquelle aurait besoin de quelque chose de plus sérieux. Aussi, la confiance qu'inspire une semblable expertise est tout à fait nulle. Et qui s'en ressent ? Les médecins-légistes vrais, dont la situation est souvent déplorable, car on les traite d'une façon peu en rapport avec leur véritable importance. Qu'arrive-t-il, en effet, quand un de ces médecins est appelé à déposer devant les tribunaux? Avant son appel à la séance il flane, quelquefois, pendant plusieurs heures dans les sombres corridors du Palais de Justice, ne sachant à quel saint se vouer, perdant un temps précieux sans que les magistrats pontifiants se doutent du rôle important qu'il est appelé à remplir ; à le voir se promener ainsi de long en large des couloirs, on le prendrait pour un de ces vulgaires amateurs des causes plus ou moins curieuses qui n'ont pas eu la chance de se procurer un petit billet de faveur... Eh bien, cet état des choses va, probablement, bientôt disparaître. Une commission de la Société de Jurisconsultes de Moscou a soulevé cette question dans sa séance du 28 janvier dernier à propos d'une communication très intéressante faite au dernier Congrès des médecins russes par le Dr A. V. Pogojeff et intitulée : « *La science médicale dans ses rapports avec la pratique judiciaire.* » La commission composée de médecins et de magistrats a reconnu la nécessité d'établir par la voie législative que, dans l'avenir, les médecins-légistes assistent *de droit* à la séance pendant toute la durée du procès pour qu'ils puissent utiliser toutes les données de la procédure avant de formuler leurs conclusions; en outre, il faut les autoriser à interroger les témoins. Lorsque plusieurs médecins experts seront appelés à déposer, il faut leur donner le droit de délibération préalable après laquelle ils présenteront une conclusion collective. La commission va encore plus loin et elle demande que, pendant l'instruction, le médecin chargé de l'expertise soit autorisé à appeler l'attention du juge sur les circonstances qui peuvent compléter l'histoire du crime et qu'il ait, en plus, le droit non seulement d'assister pendant l'interrogatoire de l'accusé et des témoins, mais d'interroger lui-même, s'il le croit nécessaire.

Tels sont les projets qui, joints à ceux que nous avons cités plus haut, se trouvent à l'ordre du jour dans le monde médical russe, et qui par leur importance capitale peuvent donner à réfléchir à nos médecins-légistes et magistrats. Espérons qu'ils seront entendus en haut lieu et que les réformes si urgentes et tant désirées entreront, enfin, dans le domaine de la réalité.

J. Roubinovitch.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 13 juin 1891. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Roque de Silveira présente quelques remarques sur le *diagnostic rapide de la morve par inoculation intra-péritonéale chez le cobaye mâle.* Il y a quelques années déjà, les éminentes recherches de M. le Pr Straus ont montré tout l'intérêt diagnostique de ces inoculations. S'agit-il de produits réellement morveux, on constate dès le 2e ou 3e jour après l'injection une tuméfaction des testicules qui augmente les jours suivants. Sacrifie-t-on l'animal dès le début de la tuméfaction testiculaire, on trouve dans la tunique vaginale du pus et dans ce pus le bacille morveux. M. Roque de Silveira a pu, par ce procédé rapide et peu dispendieux, affirmer en un cas douteux le diagnostic de morve. Il y a donc le plus grand intérêt à propager ce mode d'inoculation.

M. Richet communique le résultat de ses expériences sur les *inoculations de produits solubles de cultures tuberculeuses.* Les extraits de cultures tuberculeuses ne sont pas toxiques à la dose élevée de 60 centimètres cubes, si l'animal n'est pas tuberculeux, tandis qu'elles tuent à la dose relativement minime de 20 à 25 centimètres cubes un animal tuberculeux, et cela avec des phénomènes de dépression ou des accidents convulsifs.

M. Galippe a constaté 75 fois sur 100 des *microbes* divers (Streptocoques, Diplocoques, etc.) dans les *yeux cataractés.* Il croit d'ailleurs, avec M. Trasbot, que la cataracte n'est pas toujours d'origine parasitaire.

M. Kalt a étudié les *épanchements de liquides albumineux dans les cavités de l'œil.* Dans certains yeux ne voyant plus du tout, à la suite de traumatisme ou de vieux leucomes, la rétine est décollée et la choréo-papillaire altérée ; quelquefois même, le corps vitré est lui-même plus ou moins décollé et refoulé vers la périphérie. De plus, on trouve souvent, dans les yeux glaucomateux, un liquide occupant la chambre antérieure et riche en albumine, quand bien même il s'agit de glaucomes sans phénomènes irritatifs, sans choroïdite ni irritation des nerfs ciliaires. Le glaucome devrait donc être considéré comme dû à une oblitération de la choréo-papillaire donnant lieu à une élimination de sérosité albumineuse.

M. Guignard fait une communication sur la *sphère d'attraction dans les cellules végétales.*

M. Henneguy communique le résultat de ses recherches sur la *sphère d'attraction dans les cellules animales.*

A. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 *juin* 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Le Roy de Méricourt fait observer *au sujet de la chloroformisation* qu'avec l'emploi du cornet spécial de Reynaud, réglementaire dans la marine, on ne voit jamais d'accidents.

M. Bérenger-Féraud confirme qu'il n'a jamais observé non plus d'accident avec ce cornet.

M. Charpentier ajoute qu'il en est de même à la Clinique d'Accouchements, où on s'en sert depuis vingt ans (1).

M. Marrotte fait une communication sur le *traitement de la grippe par le chlorhydrate d'ammoniaque.* Le Dr Gellié (de Bordeaux) ayant adressé il y a quelque temps à l'Académie un travail où il recommande l'emploi exclusif du sulfate de quinine dans le traitement de l'influenza, l'orateur fait observer que, il y a 25 ans, le Dr Carrère avait déjà présenté à l'Académie un mémoire sur le traitement par le sulfate de quinine d'un catarrhe épidémique qui régnait à Strasbourg et il s'élève surtout contre l'exclusivisme du Dr Gellié pour le sulfate de quinine. Il préfère de beaucoup, en effet, le chlorhydrate d'ammoniaque, qui est moins cher, plus rapide, et amène une guérison plus complète et plus définitive. C'est surtout dans la forme de grippe connue sous le nom de congestion pulmonaire qu'il administre le chlorhydrate d'ammoniaque, jusqu'à la dose de 3 à 5 gr. en 24 heures, par cachets de 50 centigr.

M. Constantin Paul est surpris que M. Marrotte ne parle pas de l'acétate de potasse qu'il a préconisé autrefois contre les affections catarrhales.

M. Marrotte répond qu'il en a moins d'expérience que du chlorhydrate d'ammoniaque.

M. Fournier lit un rapport à l'occasion du mémoire de M. Duvernet sur la *prophylaxie de la syphilis*, concernant la contre-visite des nourrices à la Préfecture de police. Celle-ci examine chaque année 14,000 nourrices et, de plus, 1,300 nourrices dites *de retour*, les plus dangereuses de toutes, car elles viennent de donner le sein à un nourrisson de santé inconnue, et qui ne peuvent reprendre un autre nourrisson qu'après délivrance d'un nouveau certificat du médecin-inspecteur de la Préfecture. Mais cette organisation renferme deux lacunes : d'abord, le manque de garantie pour la nourrice sur lieu contre la contamination par le nourrisson, et, ensuite, l'absence de garantie pour le nourrisson contre les nourrices en incubation de syphilis. M. Duvernet n'ayant pas proposé de remède contre le premier de ces inconvénients, la Commission ne s'en est pas occupée. Pour le second, il propose que toute nourrice ayant allaité fournisse un certificat constatant que son nourrisson n'était atteint d'aucune affection contagieuse pour en prendre un autre. Les nourrices ne peuvent se refuser à produire ce certificat qui est une garantie pour elles. Le refus ne peut venir davantage des familles saines. Il ne se produira donc que dans les familles contaminées et dangereuses. Quant à la question de savoir quelles conséquences judiciaires pourront survenir entre les familles et les nourrices, c'est affaire aux tribunaux et non aux médecins de les régler. Cette pratique du certificat aurait donc pour résultats d'écarter des bureaux de nourrices un certain nombre de familles dangereuses qui se sauraient être responsables vis-à-vis de la nourrice en cas de contamination ou de suspension forcée d'allaitement, et, de plus, de constituer une barrière contre l'infection des enfants par les nourrices en incubation de syphilis. La Commission propose à l'Académie d'approuver les trois articles proposés par M. Duvernet.

M. Brouardel demande l'ajournement de la discussion d'une question aussi grave, ayant un amendement à proposer.

M. Le Fort appuie la demande de M. Brouardel. Il fait remarquer de plus que le rapport ne parle pas de la protection de la nourrice contre le nourrisson et qu'il y aurait lieu peut-être de soumettre non seulement la nourrice, mais le nourrisson, à un examen médical, avant l'allaitement.

M. Fournier répond que la Commission n'a pu s'occuper de ce point, le mémoire de M. Duvernet n'en parlant pas. Il s'associe du reste à la proposition de M. Le Fort avec lequel il devait, à l'occasion de la discussion sur la réglementation de la prostitution, présenter un article dans ce sens.

M. Tarnier remarque qu'il y a des cas où le médecin sera très embarrassé, et alors la famille pourra-t-elle ou non le poursuivre ?

M. Péan communique une observation d'*épilepsie partielle due à un angiome intra-crânien, avec trépanation et guérison*, chez un jeune homme de 16 ans. L'épilepsie partielle était localisée au bras gauche, avec douleur violente au niveau de l'angle antéro-supérieur du pariétal droit. D'après l'avis de MM. Gélineau, Charcot et Ballet, la trépanation fut pratiquée en mai 1889. Il s'agissait d'un angiome des méninges communiquant avec le sinus longitudinal supérieur. Il fut enlevé sans perte de sang. Il n'existe aucun cas semblable dans la science. Le pronostic des angiomes extra-crâniens communiquant avec le sinus longitudinal supérieur est relativement favorable. Mais la compression qui résulte des angiomes intra-crâniens les rend au contraire très graves. Cette gravité diminuera cependant avec la possibilité d'ouvrir sans danger la cavité crânienne. Conclusions : 1° Il existe des angiomes intra-crâniens communiquant avec le sinus longitudinal supérieur développés dans l'épaisseur des méninges. 2° Ces angiomes appartiennent à la variété des angiomes simples. Ils n'ont pas de limites précises. Leur caractère principal est de communiquer par une grosse veine dilatée avec le sinus longitudinal supérieur. 3° Ces angiomes méningés se manifestent uniquement par des troubles fonctionnels cérébraux en rapport avec le siège de la tumeur. Ce sont surtout : *a)* La douleur localisée au point lésé ; *b)* L'épilepsie Jacksonnienne si la tumeur correspond à un centre moteur. Ils diffèrent de ceux fournis par les tumeurs solides en ce qu'ils augmentent par la flexion de la tête et son inclinaison en avant, et par la compression des veines jugulaires internes au cou. 4° Le pronostic est très grave à cause des phénomènes cérébraux qu'ils entraînent et des hémorrhagies mortelles qui peuvent se produire. 5° Ces tumeurs sont justiciables de la trépanation.

M. Terrier rapporte *deux nouvelles observations de cholécystotomie et de cholécystectomie.* Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 42 ans, souffrant depuis six ans de douleurs dans la région du foie, au niveau de laquelle on constatait une tuméfaction mal circonscrite, semblant se pédiculiser à la face inférieure du foie. La laparotomie permit de constater l'existence du cholécystite avec péricholécystite, avec des adhérences telles qu'il était impossible d'extirper le vésicule. Le drainage fut pratiqué et le malade succomba trois jours après à une péritonite septique. A l'autopsie, la vésicule était rétrécie par des bandes fibreuses et se composait pour ainsi dire de deux loges superposées, dont une n'avait pas été ouverte par l'incision et contenait deux calculs. C'est probablement par l'écoulement des liquides septiques que contenait cette poche que la péritonite était survenue. — Le second cas a trait à une femme de 45 ans, présentant une dilatation de la vésicule biliaire probablement d'origine calculeuse. La tumeur avait 6 c. 1/2 transversalement et descendait jusqu'à la ligne ombilicale. L'opération permit de constater qu'il s'agissait bien d'une dilatation par calcul. A cause de la minceur et de l'altération des parois, du grand nombre de

(1) Nous avons vu jadis, à l'hôpital de Nantes, employer le dit cornet, cela pendant 3 ans, et *nous avons assisté à un certain nombre d'accidents.* (Marc. B.).

calculs et de l'oblitération du canal cystique, M. Terrier pratiqua la cholécystectomie. Il employa dans ce cas des bougies à bout olivaire préalablement stérilisées pour faire le cathétérisme des voies biliaires. Il constata ainsi que, malgré l'ablation de tous les calculs, les voies biliaires étaient complètement obstruées. La malade guérit rapidement. L'auteur se propose de revenir sur le cathétérisme des voies biliaires qui remonte à J.-L. Petit et qui est de nouveau préconisé en Allemagne et en France par Fontan.

M. Péan est partisan également du cathétérisme des voies biliaires pour le diagnostic des calculs de la vésicule, mais il doit différer suivant que la vésicule est dilatée et renferme peu de calculs, ou est au contraire atrophiée et en contient beaucoup. D'autres fois le calcul est trop mou pour que la sonde puisse le révéler. L'auteur se sert alors d'une curette spéciale qui enlève en même temps les calculs. Du reste, l'exploration digitale des voies biliaires est en général suffisante.

M. Terrier pense que le cathétérisme digital ne peut être employé que pour la vésicule et le canal cystique, tandis qu'on est souvent obligé d'aller chercher des calculs beaucoup plus loin. P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 juin 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. du Cazal relate deux observations de spasme fonctionnel des muscles du cou dû à l'*hyperkinésie du nerf spinal*. La première concerne un capitaine d'infanterie de 39 ans, sans antécédents héréditaires névropathiques. Maniaque depuis son adolescence, il ne peut supporter l'aspect des personnes mal vêtues ou des objets non symétriques. En juillet 1889, ce malade commence à éprouver dans le bras droit une lassitude qui l'empêche d'écrire. Au mois de décembre de la même année il est pris subitement d'une douleur sur la région droite de la nuque avec déviation de la tête à droite sous l'influence de la contraction du muscle sterno-mastoïdien gauche. Peu à peu ce spasme est devenu continu, ce qui a engagé le malade à entrer à l'hôpital. D'un caractère très craintif il présente un spasme traduit par les caractères suivants : plusieurs mouvements saccadés de la tête de gauche à droite et de haut en bas, puis convulsion tonique avec douleur qui immobilise sa tête dans la direction à droite. Au bout de quelques secondes le spasme cesse, la tête reprend sa position normale. Bientôt le même cycle se reproduit. Certaines actions modifient ou arrêtent le spasme, le mouvement de tirer la langue, le chant. Pas de troubles de la sensibilité. Le second malade est un homme de 47 ans pris, en novembre 1890, d'un spasme intéressant les muscles innervés par le nerf spinal. Duchenne (de Boulogne) expliquait ces spasmes par un excès de travail du muscle. M. Ballet les attribue à l'hyperexcitabilité médullaire résultant d'une lésion chronique de l'articulation vertébrale correspondant au centre spinal intéressé. M. du Cazal considère le spasme de ses malades comme un *tic convulsif*. L'électricité employée sans résultat chez le premier malade a donné du soulagement au second.

M. Ballet. — La théorie de Duchenne est trop étroite car, en dehors des cas où ces spasmes surviennent chez des malades porteurs d'arthrites chroniques vertébrales, ceux qu'on rencontre surviennent chez des individus dont les antécédents héréditaires sont surchargés ou qui présentent eux-mêmes des stigmates très nets de dégénérescence. Ces spasmes sont alors l'indice d'un trouble, non simplement du système nerveux périphérique, mais bien le résultat d'une lésion centrale. Les malades de M. du Cazal n'échappent pas à cette règle. J'en ai eu un de ce genre dont le spasme ne cesse que quand il joue du violon.

M. Rendu est également partisan de l'origine centrale de ces spasmes ; l'inefficacité des résections nerveuses pratiquées pour remédier à ces affections, particulièrement en Angleterre, vient à l'appui de cette opinion.

M. Laveran relate deux observations de *mouvements choréiques dans l'hystérie*. Dans le premier cas les mouvements avaient tous les caractères de la chorée de Sydenham. L'hystérie chez lui n'était pas douteuse. Le second malade avait été atteint depuis plusieurs années d'une chorée rythmique des membres supérieurs qui revenait par accès. M. Laveran pense que ces faits d'hystérie chez l'homme deviennent de plus en plus fréquents.

M. Raymond est d'avis que cette augmentation des cas d'hystérie est plus apparente que réelle ; elle tient à la connaissance plus complète qu'on a des manifestations de cette maladie depuis les travaux de M. le Pr Charcot. L'hystérie mâle, encore inconnue il y a quelques années, semble aujourd'hui au moins aussi fréquente que celle de la femme.

M. Ballet pense aussi que l'hystérie ne se multiplie pas autant qu'on le croit. Il y a cependant une maladie dont les progrès sont hors de toute contestation et qui peut lui donner naissance chez les descendants, c'est l'alcoolisme ; c'est de ce côté qu'on devrait porter l'attention.

M. Comby montre, par une statistique portant sur 235 cas, que la chorée des enfants est une maladie qui doit être considérée dans un grand nombre de cas comme d'origine essentiellement nerveuse et comme une des manifestations de l'hystérie chez les filles. L.-R. Regnier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

M. Roux (de Lausanne). — *Sur un nouveau mode de suture du poumon à la plèvre.* — M. Roux adresse une courte note sur ce sujet. Il a employé cette suture dans un cas de *pneumotomie pour caverne tuberculeuse*. De cette façon on obtient une large zone d'accolement du poumon à la plèvre sans qu'il rentre de l'air dans la plèvre. Cette suture ne peut être décrite d'une façon utile qu'à l'aide de figures. L'auteur l'a désignée sous le nom de *suture en arrière-point*, terme employé par les couturières.

M. Schwartz communique, à propos du procès-verbal, une observation de *trépanation pour épilepsie Jacksonnienne.* Il s'agit d'un homme de 42 ans, de forte constitution, qui présentait des attaques d'épilepsie, de la paralysie faciale gauche (d'origine centrale), etc. En juin 1890, malgré l'emploi du bromure de potassium, l'état s'aggrava. On fit une large trépanation et l'on trouva une grosse tumeur située profondément, inaccessible. Il n'y eut plus d'accès, mais le malade mourut bientôt d'encéphalite diffuse. M. Schwartz insiste sur la difficulté du diagnostic et la gravité très grande de la trépanation quand il s'agit d'intervention chez des sujets porteurs de lésions anciennes.

M. L. Championnière fait remarquer que ce cas confirme pleinement les remarques qu'il a faites dans la dernière séance. Il tient à ajouter que la gravité de la trépanation exploratrice est absolument comparable à celle de la laparotomie exploratrice dans les cas de tumeurs malignes inopérables.

M. Kirmisson fait un rapport sur un travail de M. Phocas (de Lille), ayant trait au *genu valgum infantile*. Ordinairement, le genu valgum infantile est double, tandis que celui de l'adolescent est unilatéral. D'après M. Phocas, ce genu valgum peut être dû à une malformation du tibia ; pourtant, dans le plus grand nombre des faits, il est dû, pour M. Kirmisson, à une déformation du fémur. Chez l'enfant, il est lié au rachitisme. Le genu valgum héréditaire et congénital n'est pas encore bien démontré ; aussi M. Phocas croit-il devoir en citer un cas qui est assez net. On peut parfois observer en même temps une ankylose du genou dans la demi-flexion (une observation chez un enfant de 3 ans 1/2). Un fait de ce chirurgien montre, en outre, le danger des interventions chez les malades qui sont infectés. En ce qui concerne le traitement du genu valgum infantile, il faut d'abord essayer des appareils. S'il est double, on peut employer l'appareil de Heine (coussin entre les deux genoux, bande élastique rapprochant les malléoles) ; mais on peut aussi se contenter d'une attelle externe avec traction en dehors sur le genou. Si les appareils ne donnent rien, on tentera l'ostéoclasie manuelle — et non instrumentale — quand il s'agira d'os peu durs. S'il y a éburnation, on fera l'ostéotomie.

M. Routier analyse une observation de M. le Dr de Larabrie (de Nantes) ayant trait à une *hernie ombilicale chez un*

nouveau-né traitée par la cure radicale. Un enfant, né avec une éventration légère au niveau de l'ombilic, est présenté à M. de Larabrie par une sage-femme le lendemain de sa naissance. Il s'agit en réalité d'une hernie ombilicale dont le sac est rompu et n'est constitué que par des vestiges d'une membrane grisâtre, analogue à l'enveloppe du cordon. A la partie supérieure de cette collerette déchirée, sort l'intestin, tandis que le cordon s'insère à son bord inférieur. L'intestin sorti est constitué par l'appendice iléo-cæcal, le cæcum et la fin de l'intestin grêle. La réduction faite, M. de Larabrie suture l'éventration avec du catgut, après avoir réséqué les débris du sac. Guérison. — M. Routier a récemment trouvé dans un journal belge une observation analogue; mais, dans ce cas, on n'essaya pas de faire une cure radicale. On pansa à plat l'orifice. L'enfant guérit, mais il y eut une fistule intestinale. Il faut suivre désormais la conduite de M. de Larabrie.

M. BERGER. — En réalité, dans la hernie ombilicale embryonnaire, il n'y a pas de sac. On n'a donc qu'à faire la cure des enveloppes. Il peut persister dans le voisinage de l'orifice, en dehors de la hernie, le pédicule de la vésicule ombilicale qui est extra-péritonéal. On peut donc le couper en avivant les bords de l'orifice, d'où possibilité d'une fistule intestinale.

M. RICHELOT fait un rapport sur deux observations de M. CHAPUT. 1° *Rupture du tendon du triceps et suture;* 2° *Fracture ancienne de la rotule et ablation du fragment supérieur.* Dans le premier cas il s'agit d'un homme de 67 ans qui s'était rompu le tendon du triceps au-dessus de la rotule. Il y avait en outre une énorme déchirure des parties latérales de ce tendon. On trouva à l'opération un peu de liquide dans le cul-de-sac de l'articulation et plaça 10 points de suture sur le tendon rupturé. Guérison fonctionnelle rapide. D'après M. Richelot, quand il y a semblable rupture avec grand écartement, large déchirure, on est autorisé à faire la suture. Dans les autres cas, la suture est inutile; la guérison a lieu au bout d'un mois à l'aide du massage, de l'électrisation, etc.— 2° Chez un malade ayant une fracture ancienne de la rotule, une cuisse atrophiée, la flexion gênée par le fragment supérieur, M. Chaput a fait l'ablation de ce fragment supérieur. Guérison. L'ablation d'un fragment de la rotule cassée peut, d'après M. Richelot, avoir ses indications. Voici d'ailleurs comment il comprend le traitement des fractures de cet os. Fracture simple à petit écartement primitif: massage, électricité, mobilisation et surtout pas d'immobilité prolongée; quand il y a un grand épanchement, déchirure des aponévroses latérales, avec grand écartement primitif, il faut faire la suture osseuse.

M. SÉE a vu plusieurs fois des ruptures du triceps avec grand écartement guérir sans intervention. Quand il y a un grand épanchement dans l'articulation du genou, il disparaît rapidement par l'application d'une bande de caoutchouc.

M. MONOD connaît un cas de rupture du triceps qui a guéri très bien sans opération.

M. KIRMISSON croit aussi à la guérison de ces ruptures sans opération. — La suture osseuse de la rotule fracturée simplifie le traumatisme en ce sens qu'elle permet de nettoyer à fond l'articulation du genou.

M. RICHELOT fait un autre rapport sur un nouvel *entérotome* dû à M. CHAPUT. Il serait meilleur que l'ancien.

M. TERRIER trouve qu'on a critiqué parfois à tort l'ancien modèle qui lui a rendu de réels services. Il reconnaît que le modèle de M. Chaput constitue cependant une amélioration réelle.

M. ROUTIER montre un *appendice iléo-cæcal* qu'il a réséqué chez une fillette de 12 ans pour des accidents intestinaux anciens, d'origine appendiculaire. Il a trouvé cet appendice rempli de sang et contenant un calcul. Marcel BAUDOUIN.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 15 Juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. le Pr PROUST fait la communication suivante. Le bruit qui avait été répandu de l'existence du *choléra* en Egypte est absolument inexact. En Abyssinie, le choléra sévit avec intensité; les Abyssins émigrent sur le territoire de Massaouah d'où ils sont repoussés par les indigènes. On a compté dans les environs de Massaouah jusqu'à deux cents décès par jour, soit par la maladie, soit par la famine. Les cadavres, en raison de leur nombre, ne peuvent être tous inhumés. — La *fièvre jaune* a disparu des ports de Bomy et de Saint-Paul-de-Loanda (côte occidentale d'Afrique). Au Brésil, l'état de la santé publique est toujours mauvais; la fièvre jaune règne toujours à Rio-Janeiro; elle est signalée dans la plupart des ports du littoral brésilien. Le passager convalescent de fièvre jaune, débarqué du *Béarn* le 18 mai pour être soigné à l'infirmerie de Pomègues, est complètement guéri. M. Proust expose ensuite au comité les instructions qui ont été données par le gouverneur général de l'Algérie aux médecins commissionnés à bord des navires qui transportent à Djeddah des pèlerins musulmans.

M. le Dr PROUST lit également un rapport de M. CATELAN, médecin sanitaire de France à Alexandrie, sur le *Choléra au Hedjaz en* 1890.

Le comité donne son approbation aux mesures qui ont été prescrites et exécutées. Ces mesures ont préservé l'Egypte de l'importation du choléra. Le comité est convaincu que, si des événements semblables à ceux de l'an dernier se présentaient de nouveau, le conseil international d'Alexandrie et le gouvernement égyptien agiraient avec la même décision et la même vigueur.

M. POUCHET lit un rapport sur un *projet d'amenée d'eau* à la commune de Fourmics (Nord). Les conclusions du rapport favorables au projet sont adoptées par le comité.

M. CHAUVEAU lit un rapport dont les conclusions sont également adoptées et qui tend à ce que, conformément à la loi de 1838, les *tueries particulières soient interdites* dans toute commune ou syndicat de communes où sera établi un abattoir public (1).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — **Annuaire médical du Brésil**; par le Dr CARLOS COSTA. — Rio-Janeiro, Lombaerts, édit., 1889, 200 pages.

II. — **Formulaire des médicaments pour l'hôpital général de Santo-Antonio de Porto.** — Porto, A.-J. de Silva Teixeira, éditeur.

III. — **Relations entre le praticien et le médecin consultant ou le spécialiste**; par le Dr BULKLEY. (Ext. du *Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 2 février 1889.)

IV. — **Non efficacité de l'huile d'olive dans la cholélithiase**; par le prof. G. BERNABEI, de Pise. (Ext. de la *Riforma Medica*, août 1888).

V. — **Traitement du typhus abdominal**; *Conférence clinique* par le prof. H de ZIEMSSEN, traduite de l'allemand par le Dr G. Chauvin. — Liège, Marcel Nierstrasz, édit., 1889.

I. — Cet annuaire comprend toutes les publications médicales parues au Brésil. Il comprend des résumés de tous ces travaux classés dans différents chapitres: sciences physiques, cliniques et naturelles, médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie. Ces résumés nous ont paru fort complets et intéressants. Il est utile, pour chaque pays, de posséder ainsi un catalogue annuel de tous les ouvrages parus, permettant de se rendre compte par un coup d'œil rapide de l'avancement de la science. M. Carlos Costa aurait peut-être pu, au lieu de ne nous présenter que des résumés des travaux médicaux au Brésil, faire un annuaire indiquant les principales recherches et découvertes médicales faites dans le monde entier.

II. — Ce formulaire comprend tous les médicaments usités dans cet hôpital, répartis en plusieurs chapitres se suivant par ordre alphabétique. La division est bien faite, et il est facile d'y retrouver les formules dont le médecin a besoin.

III. — La spécialisation est utile, car il est impossible pour un médecin d'acquérir toutes les connaissances complètes sur chaque branche de la médecine; de plus elle a fait avancer la science. Il est utile qu'avant de se lancer dans l'étude d'une spécialité, le médecin soit un bon praticien, ayant fait des études sérieuses. Les clients préfèrent s'adresser à un médecin ayant des connaissances spéciales sur la maladie dont ils veulent se faire soigner.

(1) Le Comité consultatif d'Hygiène a tenu ces jours-ci une réunion extraordinaire pour continuer la discussion du projet de loi pour la *Protection de la santé publique*, préparé par une commission spéciale sur le rapport de M. le Dr A.-J. Martin. Dans cette réunion ont été adoptés les articles qui concernent principalement la salubrité des habitations et tendent à l'abrogation de la loi de 1850.

IV. — Pour M. Bernabei, l'action de l'huile d'olive sur l'excrétion des calculs biliaires, tant vantée par Rosemberg, est illusoire. Il l'a essayée dans un cas et a trouvé dans les selles, à la suite de son ingestion, des nodules plus ou moins irréguliers, très nombreux, formés non pas de sels biliaires et de cholestérine, mais d'acides gras provenant de l'huile d'olive, mélangés à du pigment biliaire. Il infère de ce cas que dans ceux observés par Rosemberg les mêmes phénomènes se sont produits, et que ses malades n'ont pas rendu de calculs, mais des masses oléagineuses.

V. — Le professeur Ziemssen commence par établir l'amélioration du sort des typhiques dans les hôpitaux, par suite de l'emploi de la méthode de Brand et de son action sur le bon fonctionnement de la peau et sur le système nerveux, partant sur toutes les fonctions de l'économie. C'est à ces soins surtout qu'est due la diminution de la mortalité dans la fièvre typhoïde; elle est due aussi aux progrès de l'hygiène, soit pour l'assainissement des villes, soit pour le choix de l'eau potable. Pour Ziemssen, l'intensité de l'infection dans les cas existant encore n'a pas diminué. Comment combattre ces cas? Par deux moyens réunis et bien compris: le *traitement diététique* et le *traitement antipyrétique et antiinfectieux*. L'auteur démontre l'utilité réelle du second en montrant comment les cas les plus graves qui arrivent à l'hôpital sont ceux qui sont restés en ville jusqu'au second septénaire soignés par la méthode indifférente. Il énumère tous les éléments du traitement diététique: état de la chambre, choix de la garde-malade, ventilation, frictions alcooliques, alimentation du malade; il conseille le lait, du jus de viande dans du bouillon, ou un mélange d'œufs, d'eau-de-vie édulcorée. Ce régime doit être suivi pendant toute la maladie, en alimentant fréquemment le malade, et peu à la fois. Abordant ensuite les médicaments, Ziemssen conseille le calomel en 3 doses de 0,50 centigr. en 2 heures, il agit comme désinfectant et par là comme hypothermique. Il parle ensuite longuement des bains, qu'il donne dès le début de la maladie, de 27 à 30°, pendant 15 minutes, en diminuant la température du bain jusqu'à 17°,5 si la fièvre augmente. Les bains sont répétés 3 à 4 fois en 24 heures, au moment de la période de rémission (de 6 à 8 h. du matin). Les affusions froides et alcoolisées sont utiles; Ziemssen s'est servi, avec de bons résultats, de la quinine, de l'antipyrine, de la thalline et de l'antifébrine, comme antipyrétiques. Ziemssen donne ensuite le traitement des complications et de certains symptômes graves: manifestations cérébrales, insomnie, agitation nocturne, délire, faiblesse cardiaque, décubitus, lésions cutanées, diarrhée, météorisme, hémorrhagies intestinales. Il donne enfin le régime que doit suivre le convalescent et le traitement des récidives.

A. RAOULT.

BIBLIOGRAPHIE

Gymnastique de l'Opposant; par PICHERY (1).

M. Pichery, le créateur de la gymnastique de l'opposant, dont nous avons déjà plusieurs fois entretenu nos lecteurs, vient de publier un nouvel opuscule dans lequel il relate brièvement les divers résultats qu'il a obtenus depuis dix ans. Il rappelle que M. Bourneville a adopté ce nouveau système d'exercices à Bicêtre, dans son service des enfants arriérés, et qu'il s'en félicite vivement.

Ce nouveau travail s'adresse plus particulièrement aux médecins. L'auteur s'efforce de mettre dans leurs mains un instrument facile à manier, dont ils pourront faire l'emploi dans le traitement de diverses maladies. Il tend à remplacer Ling. A la suite, il publie une série de rapports de commissions sur son emploi dans les écoles, qui offrent un assez grand intérêt par la quantité et la nature des remarques et des observations qu'ils contiennent. Nous relevons, dans cette nouvelle publication, des applications d'exercices tirés de l'opposant, exécutés à l'hôpital Cochin et auxquels il donne le nom de gymnastique des convalescents. Le malade qui en a fait pendant huit ou dix jours n'est plus amolli par la maladie et le séjour à l'hôpital; il peut reprendre immédiatement ses occupations habituelles.

(1) Un volume in-8 avec gravures. Prix: 5 fr. Société d'Editions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

VARIA

La Médecine et les Médecins au Salon des Champs-Elysées 1891 (*Fin*) (1).

Dans une consciencieuse et rétrospective revue du catalogue officiel nous eûmes une fausse joie en lisant: *Suggestion*, par M. Corbineau. Nous nous attendions, certes, à trouver une intéressante scène d'hypnotisme chez le Pr Charcot, ou tout au moins quelques passes magnétiques de Donato. Point, M. Corbineau préféra peindre un suggestif trottin qui songe au sort que pourrait lui faire « le Vieux au champagne ».

Hâtons-nous, aussitôt, de réparer un oubli dans notre dernier article. Deux peintres d'un réel talent, étrangers tous les deux, et à qui le jury du Salon des Champs-Elysées vient de décerner une médaille de 3me classe, MM. Guthrie et Salgado, ont exposé: le premier, le *Portrait du Dr Gardiner* et le second, le *Portrait de M. le Dr W. de Luma*. Le Dr W. de Luma a plutôt l'air d'un élégant boulevardier que d'un médecin, mais ceci n'ôte en rien de la valeur à l'œuvre du peintre portugais.

Un rapide coup d'œil sur les travées extérieures nous a permis de voir le *Portrait de M. le Dr Albin Laforgue*, un émail très soigné de Mlle Berthe Robert, une miniature de Mme Louisa Clère, *M. le Dr Dubest*, et aussi parmi les meilleures lithographies: *La Mi-Carême à la Salpêtrière* de M. Mesplès et un *Claude Bernard* de M. Pirodon, d'après M. Lhermitte.

Descendons dans ce jardin incomparable toujours frais et gai où le soleil de mai n'envoie que de trop rares rayons sur les blancheurs reposantes de la sculpture. Parmi les marbres et les plâtres, les bronzes et les terres cuites, les statues et les bustes, il nous faut trouver les visages sévères de nos modernes Esculapes.

Maintenant qu'il est de moins en moins d'usage pour les savants de se faire une tête spéciale, nous les reconnaîtrons seulement à leur expression de gravité.

Une seule statue, une grande et belle statue en bronze, de M. Georges Yovanovitch, *M. le Dr Pantchitch*. Le savant tient à la main droite une loupe et dans la main gauche une fleur. Puis, une statuette en bronze très fouillée, de M. Le Bourg, représentant le *Dr Guépin*. Le Dr Guépin, qui fut un oculiste distingué, laissa parmi ses compatriotes, les Nantais, le souvenir d'un homme de bien et d'un philanthrope éclairé.

Et puisque nous parlons de morts illustres, n'est-il pas juste de laisser une place importante au buste en bronze du *Dr Ricord*, faussement catalogué sous le nom de *Reynard*. Le sculpteur, M. Doublemard, a su rendre, avec beaucoup de réussite, la tête si expressive du célèbre spécialiste et n'a oublié aucune des nombreuses décorations qui ornaient sa poitrine.

Non loin, le buste, plâtre, de *Charles Robin, membre de l'Institut*, œuvre de M. Roubaud. C'est bien le savant professeur, avec sa barbiche qui lui donnait un faux air de soldat de l'Empire et qui fut pendant longtemps la terreur des jeunes candidats.

Parmi les vivants, et bien vivants même, nous sommes heureux de rencontrer à nouveau: *le Dr Lannelongue*, buste plâtre, par M. Sporrer. C'est d'une exécution moins heureuse qu'en peinture et le professeur a une vague ressemblance avec le ministre de l'intérieur. Toujours parmi les bustes: *le Dr Péan*, un beau marbre de M. Paul Fournier; *le Dr Despagnet*, médecin oculiste, que M. Labatut a coulé en bronze; *le Dr Bouisson*, ancien interne des hôpitaux, également en bronze, mais vert. L. Clausade *fecit*.

Voici encore de doctes praticiens, moins connus peut-être: le *Dr Tartivel*, buste, marbre, de M. Demaille; le *Dr Manouvrier*, buste, bronze, de M. Mabille; le *Dr Delarue*, buste, bronze, de M. Ogé; le *Dr Boulanger*, terre cuite, de M. Baillif

(1) Voir *Progrès médical*, n° 20, 16 mai 1891.

et qui a quelque ressemblance avec le brav' général, son homonyme.

Enfin, ceux qu'une simple et modeste initiale désigne peu à l'attention publique : *M. le Dr A...* buste, terre cuite, de M. Garnier ; *M. le Dr F. C...* buste, bronze (Dagonet) ; *M. le Dr Pr...* marbre (Durand) et *M. le Dr****, buste, bronze, de M. Franoz.

MM. les sculpteurs n'auront pas le droit de se plaindre du corps médical, puisque nous avons compté 16 bustes de médecins exposés au Salon de 1891 et quelques-uns ont certainement été refusés.

Nous ne saurions mieux terminer cet article monotone un peu, à cause de la multiplicité des bustes, par l'éloge complet de la belle œuvre de M. Paul Richer : *Premier artiste*, qui fut si bien remarqué au Salon de l'année passée qu'il valut à l'auteur une commande de l'Etat. Nous retrouvons donc cette année la même statue, en bronze cette fois, et c'est une preuve éclatante d'un talent jeune et vigoureux qui s'affirme de plus en plus.

Et si nous n'avons pas trop lassé la patience de nos lecteurs qui ont pour unique préoccupation la science, nous demandons comme seule récompense d'être choisi, en 1892, comme guide breveté à travers l'exposition de peinture et de sculpture.

Marcel BAILLIOT.

Traitement de la Tuberculose chirurgicale, par M. Lannelongue.

Nous avons relaté le dépôt fait à l'Académie de médecine, par M. le Pr Lannelongue, d'un pli cacheté relatif à la guérison de la tuberculose chirurgicale. Expérimentée dans son service, à l'hôpital Trousseau, avec le concours de M. le Dr Achard, cette méthode aurait conduit à des résultats remarquables et attirerait déjà la curiosité du grand public avant d'avoir été publiée. Heureux de soumettre à l'examen de ses collègues de la Faculté de médecine et des hôpitaux les faits acquis, M. Lannelongue aurait montré à ceux qui se rendent, depuis quelques jours dans son service, toute une série de jeunes gens atteints de diverses formes de tuberculose chirurgicale récemment traités suivant sa méthode. Le traitement consisterait dans l'inoculation de quelques gouttes d'un liquide dont M. Lannelongue fera connaître la composition dès qu'il exposera sa découverte.

On pourra lire un éloge compétent de cette découverte dans un des derniers numéros de la *Revue générale des sciences pures et appliquées*, par M. Louis Ollivier, docteur ès sciences, directeur de ce journal.

Traitement orthopédique dans les Hôpitaux de Paris.

M. G. Berry, conseiller municipal de Paris, a déposé au Conseil la proposition suivante : « Il sera créé dans deux hôpitaux de Paris, l'un sur la rive gauche, l'autre sur la rive droite, un service spécial pour le traitement orthopédique. » D'après les intentions de son auteur, ce service destiné à soigner les luxations et les fractures soit congénitales, soit accidentelles, sera muni de tous les appareils de gymnastique, d'électricité et d'hydrothérapie nécessaires, et confiés aux mains des spécialistes expérimentés ayant fait leurs preuves depuis longtemps, qui s'entoureront d'aides bien dressés, s'occupant toute la journée de leurs malades et d'élèves qui, en peu de temps, répandront dans toute la France la méthode scientifique employée pour le traitement des maladies articulaires et précipiteront la fin des rebouteurs et des médecins qui les couvrent de leurs diplomes.

Nous ne voulons pas discuter à fond la proposition de M. G. Berry. Limitée aux malades atteints de luxations et de fractures congénitales ou accidentelles, qui sont soignées d'ailleurs dans les hôpitaux ordinaires, elle ne saurait justifier des établissements spéciaux. Ce qu'il y a à faire, ainsi que nous l'avons demandé, et ainsi que l'a admis autrefois le Conseil municipal, à titre de vœu, c'est de créer à Paris deux instituts pour les enfants rachitiques ou atteints de déformations tuberculeuses des jointures, etc., établissements moitié pédagogiques, moitié médicaux, semblables à ceux qui ont été installés à Milan par Pini, à Turin par Gamba, etc., et de confier ces établissements à des médecins ou à des chirurgiens des hôpitaux.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 22. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Retterer, Gley. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Fournier, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Clinique externe (Hotel-Dieu) : MM. Tillaux, Terrillon, Jalaguier. — (2e partie) : MM. Straus, A. Robin, Déjerine.

MARDI 23. — Examen ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Villejean, Fauconnier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Dentu, Humbert, Quénu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Polaillon, Maygrier. — (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Quinquaud, Letulle. — 5e *de Doctorat* (1re partie). (Charité) : MM. Guyon, Tarnier, Campenon. — (2e partie) : MM. Peter, Hutinel, Gilbert.

MERCREDI 24. — Dissection : MM. Farabeuf, Marc Sée, Poirier. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Hanriot, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — (3e *Série*) : MM. Baillon, Guebhard, Fauconnier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Clinique obstétricale. (Clinique Baudelocque) : MM. Pinard, Segond, Ribemond Dessaignes.

JEUDI 25. — Dissection : MM. Polaillon, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Humbert, Bar.

VENDREDI 26. — Médecine opératoire : MM. Farabeuf, Tuffier, Poirier. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Blanchard, Weiss. — (2e *Série*) ; MM. Gariel, Lutz, Villejean. — 5e *de Doctorat* (Charité) (2e partie) (1re *Série*) : MM. Grancher, Brissaud, Marie. — (2e *Série*) : MM. Potain, Chauffard, Netter.

SAMEDI 27. — (2e *de Doctorat*, oral (1re partie). — MM. Polaillon, Remy, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Debove, Legroux. — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Quinquaud, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Clinique externe (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Schwartz, Nélaton. — (2e *Série*) : MM. Duplay, Campenon, Brun — (2e partie) : MM. Ball, Bouchard, Gilbert.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 24. — M. Vincent. Des tachycardies. Valeur séméiologique et pathogénique. — M. Casimir Dluski. Du pronostic dans quelques variétés de néphrites chez les enfants. — M. Simonet de Laborie. Le sérum du sang du chien. Ses propriétés thérapeutiques. — M. Georgevitch. Contribution au diagnostic de la forme méningée de la dothiénentérie infantile.

JEUDI 25. — M. Mesnard. Étude sur les pseudo-coxalgies dépendant d'une différence de longueur des deux membres inférieurs. — M. Fréal. De la procidence du cordon ombilical dans l'insertion vicieuse du placenta. — M. Nermord. Contribution à l'étude des fistules biliaires hépato-bronchiques. — M. Barillet. Des complications infectieuses de la périodontite suppurée. — M. Willot. De la cataracte hémorrhagique. — M. Soulie. Traitement des prolapsus du rectum. — M. Holsted-Boyland. Des glycosuries non diabétiques. — M. Demahis. Des injections hypodermiques de gaiacol iodoformé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Wagner. Etude sur les œuvres de Puzos.

VENDREDI 26. — M. Archambaud. De la ligature des veines saphènes dans le traitement des varices et de l'ulcère variqueux. — M. Ducourtioux. Dilatation ampullaire de la veine fémorale dans le canal crural et de la saphène interne à son embouchure. — M. Hahusseau. Des formations kystiques consécutives à l'extirpation de l'utérus et des annexes. — M. Dayot. De la nature de quelques hémato-salpynx.

Enseignement médical libre.

Cours de Technique microscopique et de Bactériologie. — M. le Dr LATTEUX, ancien chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera les cours suivants dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi n° 5 : 1° Le 6 juillet, à 2 heures, Technique de Bactériologie, avec exercices pratiques et manipulations. 2° Le 9 juillet, à 4 heures, Technique microscopique générale et anatomie pathologique. Ces cours sont absolument pratiques. Les élèves répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes, étuves, stérilisateurs et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez le Dr Latteux, 17, rue du Louvre, de midi à 1 heure.

Cours de gynécologie. — M. le Dr DOLÉRIS, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours théorique et pratique de gynécologie en 18 leçons, 12, rue de Navarre, le mardi 23 juin, à 4 h., continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Enseignement municipal supérieur.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 1 heures. — M. LEGROUX : mercredi à 9 h. 1/2.

Clinique infantile. — M. le Dr SIMON, le mercredi, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. RICHELOT (Hopital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr de SAINT-GERMAIN (Hopital des Enfants-Malades, le jeudi, à 9 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2.

Clinique et thérapeutique. — M. Henri HUCHARD (Hôpital Bichat), le dimanche à dix heures très précises.

Maladies mentales. — M. le Dr SÉGLAS a commencé ses conférences cliniques sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le vendredi 19 juin, à 2 heures de l'*après-midi* et les continuera les vendredis suivants à la même heure. Nous félicitons notre ami M. Séglas d'avoir fixé son cours dans l'après-midi, à l'exemple de MM. Quinquaud, Sevestre, etc.

FORMULES

XV. — Incompatibilité des bromures et de la cocaïne.

D'après M. L. Racine (*Union pharmaceutique*), il faut éviter de prescrire dans une même potion la *cocaïne* et les *bromures*.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouvelle articulation à tenon fixe.

M. Bouilly a présenté récemment à la *Société de Chirurgie* des pinces et ciseaux *à nouvelle articulation à tenon fixe*, construits par M. Favre. Il existe actuellement plusieurs genres d'articulations : la vis, le tenon en T de Charrière et le recouvrement de Collin. Les avantages de l'articulation Fabre sont les suivants : le tenon (A vu de face ou A, vu de profil) est fixe, à surface cylindro-conique. Il donne une plus grande surface de pression sur la branche femelle. Cette dernière est munie d'une ouverture latérale, qui en permet le montage instantané et qui évite de forcer le tenon comme cela arrivait très souvent avec le tenon en T. Ce genre de tenon cylindro-conique évite également les angles, ce qui rend le nettoyage de l'instrument plus facile. La simplicité de cette articulation a également l'avantage de ne pas coûter plus cher que l'ancien tenon en T ; ce tenon peut être resserré et remplacé très facilement.

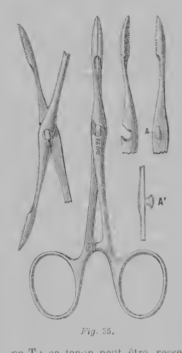


Fig. 35.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 7 juin 1891 au samedi 13 juin 1891, les naissances ont été au nombre de 1148 se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 444 ; illégitimes, 146, Total, 590. — *Sexe féminin :* légitimes, 415 ; illégitimes, 143, Total, 558.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 7 juin 1891 au samedi 13 juin 1891, les décès ont été au nombre de 891 savoir : 470 hommes et 421 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 2, T. 4. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 17, F. 27, T. 44. — Scarlatine : M. 0, F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 1, F. 5, T. 6 — Diphtérie, Croup : M. 13 F. 15, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 99, F. 68, T. 167 — Autres tuberculoses : M. 22, F. 17, T. 39 — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 3, T. 6 — Tumeurs malignes : M. 15, F. 29, T. 44. — Méningite simple : M. 18, F. 13 T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 19, T. 47. — Paralysie, M. 4, F. 6, T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 6 F. 1, T. 7. — Maladies organiques du cœur : M. 20, F. 29, T. 49. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 9, T. 18 — Bronchite chronique : M. 17, F. 14, T. 31. — Broncho-Pneumonie : M. 14 F. 14, T. 28 — Pneumonie : M. 17, F. 15, T. 32. — Gastro-entérite, biberon, M. 23, F. 18, T. 41 — Gastro-entérite, sein : M. 4 F. 3, T. 7. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2 F. 3, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2, T. 2 — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 11, F. 10, T. 21. — Sénilité : M. 12, F. 14, T. 26. — Suicides : M. 16, F. 8, T. 24 — Autres morts violentes. M 9, F. 1, T. 10. — Autres causes de mort : M. 84, F. 70, T. 154 — Causes restées inconnues : M. 4, F. 2, T. 6.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 73, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 16. Total : 44. — *Sexe féminin :* légitimes, 18, illégitimes, 11. Total : 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Concours de l'agrégation.* — Par décision ministérielle, il sera ouvert à Paris, à partir du 15 décembre 1891, une série de concours pour 45 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées : Pathologie interne et médecine légale : Paris, 4 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 2 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 3 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1. — Pathologie externe : Paris, 3 ; Lille, 1 ; Lyon, 3 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1. — Accouchements ; Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Lyon, 1. —Anatomie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Nancy, 1. — Physiologie : Lille, 1 ; Toulouse, 1. —Histoire naturelle : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1 ; — Physique : Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Nancy, 1. — Chimie et toxicologie : Lyon, 1 ; Montpellier, 1. — Pharmacie : Paris, 1.

Concours de Prosectorat. — Ce concours n'est pas encore tout à fait terminé, mais nous pouvons déjà annoncer que notre ami et collaborateur M. Th. JONNESCO est nommé premier. Pour la seconde place et celles de prosecteur provisoire il y aura une épreuve supplémentaire. Les questions posées à ce concours ont été : Epreuve d'Histologie : *Cellules nerveuses et tubes nerveux* ; Epreuve de Physiologie : *Circulation cérébrale* ; Epreuve de médecine opératoire : *Ligature de l'humérale au pli du coude* ; *Désarticulation du poignet* ; Epreuve de Pathologie externe : *Abcès péri-néphrétique* ; Epreuve de dissection : *Canal crural, Articulation tibio-tarsienne.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un congé sans traitement, du 1er mai au 31 octobre 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Chantard, préparateur de chimie au laboratoire de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. GÉRARD, pharmacien supérieur de 1re classe, chargé des des fonctions de préparateur des travaux pratiques de chimie, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, à partir du 1er juin 1891, des fonctions d'agrégé (pharmacie et matière médicale), à ladite Faculté.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS.— *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 21 juin, forêt de Montmorency. Rendez-vous à la gare du Nord, à 12 h. 15, pour le train partant de Paris à 12 h. 50 pour la station de Domont.

ECOLE DE MÉDECINE D'ANGERS. — M. MULLOIS (Georges), docteur en médecine, est nommé chef de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, en remplacement de M. Moreau, appelé à d'autres fonctions.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES — M. Peffer vient d'offrir 250.000 fr. à la Faculté de médecine de Pensylvanie. Il les donnera s'il se trouve d'autres personnes fournissant un million.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE NANCY. — L'Association générale des étudiants des Facultés de Nancy, ayant appris que M. Lavisse était de séjour en cette ville, lui a délégué son président pour le convier à un punch qui a eu lieu vendredi soir au cercle de l'association. MM. Stock, président de l'association, Cravet, président d'honneur, et Emile Krantz, doyen de la Faculté des lettres, ont porté des toasts au professeur de la Sorbonne. M. Lavisse a répondu par un long discours.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PHARMACIE. — Ce Congrès aura lieu à Milan, à une période qui n'est pas encore déterminée.

CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ALLEMANDS. — Ce Congrès aura lieu du 17 au 19 septembre prochain à Leipzig.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ALLEMANDS. — L'Association des aliénistes allemands se réunira à Weimar le 18 et le 19 septembre prochain.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret ministériel, en date du 5 juin 1891, MM. les Drs Delpeuch (d'Aurillac) et Vital (de Puybrun) ont été nommés *Officiers d'Académie.*

EXPOSITION DU TRAVAIL. — Nous avons publié dans notre dernier numéro une communication d'après laquelle il semblait résulter que la section d'hygiène était placée sous le haut patronage

d'un grand nombre de savants, parmi lesquels MM. Brouardel et Chauveau. Or, nos deux savants amis nous ont déclaré qu'ils n'avaient jamais été consultés.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — M. le Dr PRINCETEAU est nommé chirurgien adjoint.

LE PLUS VIEUX CHIRURGIEN DU MONDE. — La *Revue Scientifique* prétend que le plus vieux chirurgien du monde est M. W. Salmon, de Cambridge (Angleterre). Il est né en mars 1790.

LA DÉSINFECTION DE PARIS AU CONSEIL MUNICIPAL DE PARIS. — A propos de la question de la désinfection des objets souillés par des maladies contagieuses, on avait redouté un conflit d'attributions entre le préfet de police et le préfet de la Seine. Il n'en est rien, les deux préfets ayant témoigné publiquement le grand désir qu'ont leurs administrations de résoudre d'accord la question. En conséquence, le conseil a adopté un ordre du jour de M. Strauss accepté par les deux préfets. Le fonctionnement régulier des services de désinfection sera porté à la connaissance des médecins et du public par voie d'affiches.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. BERGERON, docteur ès sciences, est chargé d'une mission géologique en Bohême. — M. le Dr Jules JANET, chef du service endoscopique de la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, est chargé d'une mission en Autriche et en Suisse, à l'effet d'étudier le fonctionnement des cliniques similaires. — M. Henri de VARIGNY, docteur ès sciences, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'étudier dans les Universités d'Edimbourg, d'Oxford et de Londres le fonctionnement de l'institution dite : « University Extension Movement. » M. le Dr CASTEX, ancien prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement des maladies du larynx, des oreilles et du nez.

MALADIES DES YEUX DANS LES ÉCOLES. — Le Conseil municipal de Paris a accepté la proposition suivante : « L'administration est invitée à présenter le plus prochainement possible un projet d'organisation d'un service médical spécial pour les maladies des yeux, dans les établissements scolaires de la ville de Paris. »

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Excursions géologiques.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 21 juin, au Guépelle, à Creil, à St-Leu et Précy. Il suffit pour prendre part à l'excursion de se trouver au rendez-vous: Gare du Nord, où l'on prendra à 8 h. 15 du matin le train pour Survilliers. On sera à Paris à 7 h. 59. — *Nota :* Pour profiter de la réduction de 50 0/0 accordée par le chemin de fer, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au *Laboratoire de Géologie* (Galerie de Géologie), avant samedi à 4 h. — *Commission de perfectionnement.* — Il est institué sous la présidence du Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts une commission chargée de rechercher les améliorations qui pourraient être introduites dans le régime administratif et dans l'enseignement du Muséum d'histoire naturelle. Cette commission est composée comme il suit: MM. Berthelot, sénateur, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences : Bardoux, sénateur : MM. Burdeau, député; Ch. Dupuy, député ; Frémy, directeur du Muséum ; Darboux, doyen de la Faculté des sciences de Paris ; Milne-Edwards, professeur au Muséum ; Chauveau, professeur au Muséum ; Liard, directeur de l'enseignement supérieur.

POLICLINIQUE DE PARIS. — M. le Dr LEGRAIN, médecin de la colonie de Vaucluse, commencera, le dimanche 21 juin, à 9 h. du matin, rue Mazarine, 28, ses consultations de médecine mentale et les continuera tous les dimanches suivants, à la même heure.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret, en date du 10 juin 1891, M. Manuël, ancien médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

UN NOUVEAU MOYEN DE GUÉRIR LE CANCER. — Il n'est bruit en Suède que d'une nouvelle découverte médicale analogue à celle de Koch M. le Dr Rosander, de Stockholm, prétend avoir découvert le moyen de guérir le cancer. Le remède est une injection. Rosander aurait fait à ce sujet une communication à l'Académie des sciences de Stockholm, d'où il résulterait qu'il a guéri quatre cas graves de cancer. Rosander laisse même entendre que l'efficacité de son remède pourrait s'étendre à d'autres maladies. — Bien entendu, il s'agit là de racontars de journaux politiques. La presse médicale de ce pays n'a encore rien publié.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr VOEGTLIN (de Bâle), qui vient de succomber, avec deux de ses enfants, dans l'affreuse catastrophe de chemin de fer de Mœnchenstein, près Bale, dimanche dernier. — M. le Dr E. DAMOURETTE (de Sermaize). — M. le Dr A. CROUIN, ancien médecin de la marine. — M. le Dr ESPARBÈS (de Toulouse). — M. le Dr DUCROIX (du Creusot). — M. le Pr A. BUBONKHINE, professeur à la Faculté de médecine de Moscou. — M. le Dr DENOUETTE (du Havre). — M. le Dr ROBINEAU (de Tigy, Loiret). — M. le Dr Jean CUIRE, professeur à la Faculté de médecine de Bukharest. — M. le Dr A. Th. M. VANDEVYVER, doyen d'âge du corps médical d'Anvers, né en 1811. — M. LIAU, étudiant en médecine à Toulouse. — M. le Dr YSABEAU (de Nevers). — M. le Dr RAMEY, médecin aide-major de première classe. — M. le Dr J.-C. RICHARD, médecin-major de deuxième classe — M. le Dr SCANZONI (de Wurzbourg). — M. le Dr CAILLIOT, Emile, médecin du service colonial, décédé à bord du paquebot l'*Australie*, le 19 mai, à 49 ans.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **15 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses.* — M. CHARCOT, mardi à 9 h. 1/2. — *Clinique chirurgicale :* M. TERRILLON, le mercredi 13 mai à 9 h. 1/2. — *Clinique mentale* : M. Auguste VOISIN, le dimanche 31 mai, à 10 h.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9 h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* M. LANNELONGUE, mercredi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN. Mercredi : Conférence de chimie, pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale.* — M. le Dr CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — *Chirurgie orthopédique.* — M. KIRMISSON, le lundi à 10 h. du matin (Voir *Enseignement municipal supérieur*).

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

19e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. XIII. N° 26. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 27 JUIN 1891.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. **J.-M. CHARCOT**.

Documents pour servir à l'histoire des somnambulismes (1).

Du somnambulisme hystérique (phase passionnelle de l'attaque, attaque délirante, attaque de somnambulisme) (*Suite*) ;

Par **Georges GUINON**, chef de clinique à la Salpêtrière.

Le malade que nous allons étudier maintenant est un jeune homme de 18 ans, nommé Georges Poig..., qui exerce le métier de layetier. On a quelques points intéressants à signaler dans ses antécédents de famille. Sa mère, ses oncles et cousins maternels sont bien portants ; mais il a une tante de ce côté, religieuse, qui est atteinte de tics convulsifs. Du côté paternel, on note un père sujet à de violents accès de colère, trois oncles, dont deux bien portants et l'autre mort de maladie aiguë. Les trois enfants d'un de ces oncles sont malades ; ils sont « pris par les jambes. » L'un d'eux marche les jambes très écartées (?) L'autre a « une espèce de paralysie des jambes », il traîne ses pieds. Le troisième a la jambe gauche en flexion forcée d'une façon permanente depuis sa naissance. Il porte un pilon qui s'adapte au genou.

Pendant son enfance, Poig... a eu des convulsions et on a parlé de méningite. Depuis lors il fut bien portant. A l'âge de quinze ans il commença à travailler comme ouvrier layetier.

Le 12 mai 1889 il allait livrer une malle à domicile. Il prit l'ascenseur et monta jusqu'au deuxième étage, mais une fois à cette hauteur, la corde de l'ascenseur se dégagea de sa poulie et la cage, sans frein, redescendit avec une grande rapidité jusque dans le sous-sol. Pendant cette périlleuse descente, Poig... ressentit une vive émotion. En arrivant en bas, il ressentit un choc violent et aussitôt perdit connaissance. Il resta ainsi près d'une heure et demie. L'accident était arrivé vers cinq heures du soir et personne n'était venu à son secours. Quand il revint à lui, il remonta à grand'peine par l'escalier jusqu'au rez-de-chaussée ; le concierge de la maison, à qui il raconta son aventure, lui donna quelque argent pour retourner en tramway chez son patron. Arrivé là il se reposa pendant une demi-heure environ sur un tas de copeaux. Il avait la tête lourde et des envies de dormir. Puis il se remit, rentra chez lui et, après un dîner sommaire, se coucha et dormit d'un sommeil calme toute la nuit. Il n'avait eu ni plaies ni contusions.

Le lendemain il retourna travailler, ne se sentant rien d'extraordinaire. Mais, quelques jours après, survint une sorte d'affaiblissement général. En outre, pendant la nuit, il se levait en proie à des cauchemars terrifiants, rêvant d'assassinats, de feu, de sang.

Enfin le 17 juin, c'est-à-dire trente-cinq jours après l'accident de l'ascenseur, il traînait une petite voiture à bras, quand tout à coup il perdit connaissance et tomba. Quelques minutes après, en revenant à lui, il s'aperçut qu'il avait craché du sang. On le reconduisit chez lui et là un médecin, qui vint le visiter, l'envoya à l'hôpital Lariboisière. Admis là, dans le service de M. C. Paul, il aurait eu, paraît-il, de la fièvre (39°, 40°), un point de côté très douloureux à la hauteur du sein gauche (ce point est aujourd'hui le siège d'une zone hystérogène), de la dyspnée et des crachements de sang. On lui mit un vésicatoire sous l'aisselle.

Il était dans cet état, alité constamment, lorsque, le quatrième jour après son entrée, il reçut, vers deux heures de l'après-midi, la visite d'une personne avec qui il se disputa violemment. Pendant cette altercation, il ressentit tout à coup une boule qui, partant de l'aine gauche, lui remontait à la gorge et l'étouffait. Puis il perdit connaissance. Il reprit ses sens le soir vers huit heures. On lui dit qu'il s'était débattu, qu'il avait crié, déliré ; on lui avait mis la camisole de force pour le maintenir. La nuit suivante, le sommeil fut agité, entrecoupé de visions terrifiantes d'hommes armés qui le poursuivaient.

Le lendemain il était très bien, il ne crachait plus de sang, il n'avait plus de point de côté, mais il respirait encore mal. Il resta encore cinq jours à Lariboisière. Pendant ces cinq jours il se levait, jouait au loto avec ses camarades, descendait dans la cour. Mais on lui trouvait une allure étrange : il se mettait à courir sans motif, lançait les chaises en l'air, voulait se jeter en bas des escaliers. En outre, tous les jours, il avait deux attaques de nerfs, l'une le matin à neuf heures, l'autre le soir à la même heure. Comme il troublait le repos des malades, on l'envoya à Sainte-Anne. Mais, pendant le séjour de onze jours qu'il y fit, il fut parfaitement calme, n'eut pas d'attaques, de sorte qu'on le renvoya.

Rentré chez lui, il resta bien portant pendant trois semaines et recommença à travailler. Mais dans les premiers jours d'août il eut une attaque de nerfs, puis, après huit jours de tranquillité, une série d'autres pendant quatre jours. On l'envoya alors à l'Hôtel-Dieu où on l'admit dans le service de M. Proust qui l'adressa plus tard à M. Cuffer, lequel en fin de compte nous l'envoya à la Salpêtrière. Voici les détails de l'observation recueillie par nous. Il fit à la Salpêtrière un premier séjour (20 août au 30 octobre). Son état était alors exactement ce qu'il est maintenant.

Aujourd'hui il est porteur des stigmates hystériques les plus manifestes. L'hémianesthésie gauche est complète en ce qui concerne le contact, la douleur et le sens musculaire. Quant aux sensations thermiques, il y a une sorte d'inversion. Le chaud est perçu froid et le froid chaud. De plus, il existe à gauche un rétrécissement du champ visuel de 50° avec micromégalopsie et dyschromatopsie spéciale. Le goût et l'odorat sont abolis à gauche ; l'ouïe est diminuée du même côté. Enfin il existe deux zones hystérogènes situées, l'une dans la région iliaque gauche, l'autre au-dessus du mamelon gauche, sans parler d'une troisième sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Les attaques dont souffre le malade sont des attaques d'hystérie le mieux caractérisées du monde. Elle se composent : 1° d'une période épileptoïde fort nette avec phase tonique et clonique, stertor, écume à la bouche, etc ; 2° d'une période de grands mouvements, salutations, arcs de cercle, attitudes illogiques, accompagnés de cris ; 3° d'une période d'attitudes passionnelles. Mais cette troisième phase de l'attaque prend un développement hors de proportion avec les deux autres périodes. Elle peut durer à elle seule toute une après-midi, ainsi que nous en avons constaté des exemples à diverses reprises. En outre, les attitudes s'accompagnent d'un délire actif, bruyant. On lira plus loin la description de ce délire. L'attaque est souvent spontanée et on peut la provoquer à volonté en pressant sur l'une des deux zones hystérogènes, extrêmement sensibles l'une et l'autre.

Au bout d'un certain temps on s'aperçut que l'on pouvait provoquer l'attaque d'une autre manière. Il suffisait pour cela de faire fixer par le malade un objet, le bout du doigt, par exemple, placé à quelque distance de la racine du nez. Au bout de quelques secondes, le malade commençait à renverser la tête en arrière et à exécuter quelques mouvements de déglutition. Si on arrêtait là l'épreuve, le malade disait ressentir

(1) Voir *Progrès médical*, 1891, n° 20, 21 et 23.

tous les phénomènes de l'aura, boule remontant à la gorge, sifflements dans les oreilles, battements dans les tempes. Mais si on prolongeait la fixation de l'objet, tout à coup les yeux se convulsaient en haut, la face grimaçait et immédiatement survenait la phase épileptoïde de l'attaque, suivie à bref délai des autres périodes, grands mouvements et attitudes passionnelles. Il existait donc au niveau de la rétine une de ces plaques hystérogènes dont nous parlions plus haut (v. n° 20).

Le délire de la phase passionnelle, qui se prolongeait dans les attaques provoquées comme dans les autres, mérite d'être signalé avec quelques détails. Etendu par terre, tout à coup, au milieu de ses grands mouvements il s'arrête, redresse le tronc tout en restant assis sur le sol, les yeux effarés regardant fixement le parquet. Puis il avance doucement la main, comme s'il cherchait à prendre une bête qui marche sur le parquet. Il la manque, elle s'échappe, et arrive sur lui; il se recule, change de place, puis la suit de nouveau de la main, la manque plusieurs fois, finit par l'attraper. Quelquefois il saisit par terre un petit morceau de papier qui se trouvait là, qu'on avait jeté devant lui avec intention, et qui prend à ses yeux la figure de la bête poursuivie. Il la tient alors dans ses doigts et de l'autre main fait le geste de la déchiqueter, de lui arracher les ailes, comme un enfant cruel qui joue avec un papillon ou avec une mouche. Puis tout à coup il pose à terre sa bête désemparée et d'un grand coup de talon l'écrase. Cette scène a généralement lieu sans paroles. Nous avons pu cependant savoir qu'elles étaient ces bêtes qu'il écrasait ainsi. Nous lui avons demandé s'il ne rêvait jamais d'animaux quelconques. Il nous a répondu qu'à la suite d'une nuit passée chez un boulanger et pendant laquelle il avait eu très peur des cafards qui hantaient la boutique en grand nombre, il rêvait souvent de cafards, de cloportes qui se promenaient sur le plancher, sur les murs, sur son propre corps et l'effrayaient. Ce sont donc probablement des cafards qu'il poursuit ainsi et écrase pendant son délire.

A cette scène succède ensuite un autre tableau. « Rends-moi mes outils... Rends-moi ma varlope!... Tu ne veux pas?... Ah! Attends! » Il fait quelques gestes de fureur, puis la scène change et il se met à déclamer comme un orateur de réunion publique. « Citoyens et citoyennes! la République est menacée par un césarien quelconque,... la justice française n'a pu mettre la main sur lui. Il a pu fuir et, son complot manqué, il se promène avec les cocottes de Londres... Il a trahi sa patrie et ses opinions. Après avoir successivement servi la monarchie, l'empire, la République radicale... » Puis autre chose: « Tiens! comment que tu vas, mon vieux? (il semble parler à quelqu'un) T'es toujours garçon perruquier?... Moi, figure-toi que je suis à la Salpêtrière, parce qu'on a dit que j'avais une maladie nerveuse... Tu sais, c'est rupin dans c'te boîte-là, mais on n'y est pas heureux parce qu'on s'ennuie... Viens me voir, je te ferai visiter cela, c'est très curieux... Il y a un tas de médecins et puis le professeur, M. Charcot... Il me fait peur, cet homme-là. Quand il vous cause, ça vous fait quelque chose... » Puis cela change de nouveau. « Alors, tu fais toujours des couronnes, Elisa? On ne gagne pas facilement sa vie, à ce métier-là... Qu'est-ce que tu veux?... » A ce moment il se met à jouer une scène des *Mystères de Paris* (nous avons appris depuis par lui qu'il avait été figurant dans cette pièce). « Hé, Tortillard! monte sur la trappe!... Mets donc l'anneau, ouvre-le avec ton surin... Comment, Chourineur, tu recules... » Pendant tout ce temps, il regarde par terre, comme s'il voyait réellement la trappe qui figure, si nous avons bonne mémoire, dans le premier acte des *Mystères de Paris*.

Ces diverses scènes se succèdent, puis reviennent, ainsi que d'autres dans la description desquelles nous n'entrerons pas. Pendant tout ce temps, les yeux sont grand ouverts, clignant peu. De plus, on note que le malade n'est pas contracturable ni par la pression sur les masses musculaires, ni par le souffle sur la peau. Dans ces cas, il entre de lui-même dans son délire, jouant avec une merveilleuse mimique toutes les scènes auxquelles il prend part. Mais nous pouvons appeler son attention et changer en quelque sorte l'épisode, mais non pas diriger réellement le délire, ni modifier à notre gré le mode de réaction du malade aux impressions que nous lui fournissons. C'est ainsi qu'en promenant les mains devant ses yeux on lui fait voir un papillon qui voltige, il souffle dessus, allonge les mains pour l'attraper.

Si on frappe en mesure avec les doigts sur une table, imitant ainsi plus ou moins grossièrement une musique rythmée, on lui donne l'hallucination d'un régiment qui passe, musique en tête. Il bat la mesure de la main droite, se dresse sur la pointe des pieds pour mieux voir et s'adressant à un camarade imaginaire: « Non, non, ils viennent par l'autre route... Tiens! les voilà là-bas. . Entends-tu la musique?... Oh! ce gros-là, avec son ventre entre les oreilles de son cheval,... ce qu'elle doit en avoir assez, la pauvre bête!... Ah! oui, je croyais qu'ils allaient à Vincennes, mais non, ils vont au fort de Romainville... Tiens! il y en a à cheval... Regarde donc le petit chef de musique. On dirait le père Chaudelon qui tient son bâton de chef d'orchestre... » Il bat la mesure et fredonne un air. Puis l'hallucination cesse et il reprend une quelconque des scènes de son délire spontané.

En frappant de légers coups sur un gong, à côté de lui, on le voit tout à coup se ranger, regarder devant lui, faire le geste d'enlever sa casquette. Il assiste à un enterrement. Chose remarquable, c'est toujours un enterrement avec grand déploiement de forces militaires (nous avons su plus tard qu'il avait assisté à l'enterrement d'un général et qu'il avait été vivement impressionné). Il tourne en ridicule les personnages du cortège, fait des farces à ses voisins, se baisse à terre, ramasse des cailloux imaginaires et les lance dans la foule. Il se dispute avec les sergents de ville qui veulent lui faire faire place ou l'accusent d'avoir lancé des cailloux. Dans toutes ces scènes, il est parfaitement naturel, prenant un air indifférent et étonné quand on l'accuse d'avoir lancé des cailloux, riant et poussant du coude son voisin quand il lui fait remarquer quelque personnage ridicule du cortège, causant à mi-voix pour ne pas se faire remarquer et troubler la cérémonie.

En impressionnant les divers sens par des excitations simples, on arrive à des résultats analogues. Un verre rouge placé devant ses yeux lui fait voir du sang: « Quelle entaille!... Mais tu vas te vider... Essuie-toi donc... » Un verre vert lui donne l'hallucination d'un feu de Bengale. Si le verre est placé devant les deux yeux le feu de Bengale est superbe; devant un seul œil, il est raté. Le verre bleu, mis devant les yeux, donne lieu à une scène bien particulière. Il est grimpé avec un camarade sur une fenêtre d'église et il regarde à travers les vitraux l'office que l'on célèbre à l'intérieur. « En voilà des chouettes carreaux! Quel vitrier!... Fais attention, ne bouge pas, tu vas te casser la gueule!... T'en as donc jamais vu, de curé... Ah! si celui-là nous voyait là... gare aux coups de goupillon, ouvre ton parapluie... » Un verre jaune le met en présence d'une voiture d'oranges; il discute avec la marchande le prix de la marchandise et l'invective parce que c'est trop cher. Ou bien c'est une amie qu'il rencontre déguisée en jaune: « Pige-la donc! Elle va à l'Elysée-Montmartre... En v'là une couleur... T'as pas honte de te promener comme ça dans les rues. On dirait que tu fais de la réclame pour un marchand de citrons... Ça te donne un teint de poitrinaire... T'as seulement pas trois sous pour prendre l'impériale. Quand on sort comme ça, au moins on a de la galette (de l'argent) pour prendre une voiture... »

Un verre vert foncé le transporte auprès d'une ouvrière qui se sert de cette couleur (sans doute l'ouvrière en couronnes avec qui il cause dans son délire spontané, v. plus haut). « Ça déteint... ne te f... pas les doigts sur la figure... Alors tu badigeonnes comme ça toute la journée... pour qui?... Ah! oui, là-bas, près des Archives, en lettres dorées: fleurs artificielles... Mais c'est de la camelotte, si ça déteint... Et tu badigeonnes comme cela toute la journée pour quarante sous... juste de quoi danser devant le buffet... Et puis avec ça, ça vous flanque des coliques... Eh bien! ça va bien... Fais attention, en voilà une qui va couler... »

L'odorat donne des résultats analogues. En lui faisant respirer l'odeur du phosphore, il s'adresse à un camarade qui a mis des allumettes dans ses poches. Elles ont pris feu et voilà son pantalon qui brûle.

Avec de l'alcool sous le nez: « Va dire au marchand de couleurs que c'est pas ça qu'il faut, c'est un litre de vernis copal

de vingt-six sous. Faut-il te l'écrire ?... En v'là une saleté! On va coller ça sur un meuble et le client fera une belle vie quand il verra que ça s'en va... Tu ne me crois pas? Tiens! tu vas voir, passe-moi le bec de gaz. C'est-il du vernis, cela? (il fait le geste de mettre le feu à quelque chose) v'là que tu te sauves? C'en est-il, hein ?... »

Respirer l'odeur du camphre lui donne l'hallucination d'un individu qui prise de cette substance. « C'est-il du sucre, gourmand, que vous vous fourrez dans le nez,... c'est donc que vous avez un magasin d'épicerie, là-haut, dans le cerveau, que vous y envoyez tout ça par le monte-charges?... »

Avec de l'eau de Cologne, il voit passer une femme parfumée et s'adressant toujours à son camarade imaginaire : « Tiens! regarde-la donc avec son petit chapeau rouge! Encore une qui va voir le brave général, pour sûr!... Ce qu'elle sent bon!... Ah! malheur! passe-lui donc un doigt mouillé sur la figure, sur son magasin à plâtre... Faut-il qu'elle pue pour se couvrir d'odeur comme ça!... Excusez madame!... je vous demande l'adresse de votre parfumeur... Voyons, ne vous fâchez pas... (à son camarade) chipe-lui donc son mouchoir, parbleu!... »

Avec de l'éther, il est dans la rue auprès d'une femme prise d'une attaque de nerfs et entourée par une foule de badauds. Il se penche sur elle, la regarde, et s'adressant à la foule : « Ecartez-vous donc un peu! vous allez l'étouffer si vous vous f... dessus,... menez-la donc chez le pharmacien... C'te femme-là est malade... Ah! c'est bien fait, toi, si tu t'étais pas tant approché, t'aurais pas reçu un coup de pied. Tu vois pas comme elle gigotte? Cochon! s'il y avait un chien avec une patte cassée, t'en aurais pitié. V'là une femme qui se trouve mal, t'es là à l'embêter!... Eh bien! madame, ça va mieux? (Il la soutient dans ses bras) Venez chez le pharmacien... Allons bon! V'là qu'ça la reprend!... Mettez-y un matelas sous la tête, elle va se faire du mal... Va en acheter (en même temps il fait le geste de donner de l'argent à son ami, puis s'adresse à quelqu'un). Voyons! c'est-il le moment de regarder ses mollets? une femme dans c't'état-là! (L'ami revient et il lui prend quelque chose des mains) : Tenez, madame, buvez, là, ça va mieux? Appuyez-là votre tête! (Gestes merveilleusement appropriés)... Ah! ça ne fait rien, allez, si votre corsage s'est ouvert, on voit que vous en avez,... tout le monde n'en a pas... Va chercher une chaise... Là, asseyez-vous,... vous demeurez à Grenelle? Ah! bien, vous y serez bien dans deux heures... »

En ce qui concerne le goût, si on lui met du sulfate de quinine sur la langue, il porte à ses lèvres, puis rejette avec une grimace de dégoût une cigarette imaginaire et demande qui lui a fait la farce de tremper le bout de sa cigarette dans de l'aloès. Avec du sel de cuisine, il se plaint que le charcutier n'a pas dessalé son lard. Il a soif, entre au cabaret. Si on lui met alors du sirop de groseilles sur les lèvres, il se plaint vivement : « C'est pas cela qu'il a demandé à boire, mais de l'eau-de-vie de marc ».

Lorsqu'on lui fait de légers attouchements sur la face, du côté non anesthésique, il se frotte la joue, regarde en l'air, court après un papillon, qu'il attrape. « Hein! il est gros, celui-là! tu le piqueras sur un bouchon... T'en as déjà beaucoup... » Si on lui souffle sur la figure : « Sacré courant d'air!... Gare à ceux qui ont des douleurs!... Hé, la concierge, vous avez laissé quelque porte ouverte, dans le fond... » Si on lui pose un corps chaud sur la figure du côté non anesthésique il regarde en l'air, secoue ses vêtements en invectivant quelqu'un qui « là-haut, vide sa chaufferette par la fenêtre et met le feu à son pardessus. » En lui mettant de l'eau froide sur la figure il se figure qu'il est dehors par la pluie, redresse le col de son pardessus, relève le bas de son pantalon, tout en maugréant contre le mauvais temps.

Cette description, bien longue, quoique résumée, ne peut donner une idée parfaite du délire, tant provoqué que spontané de ce malade. Il faut le voir marcher, gesticuler, peindre sur sa physionomie mobile toutes les émotions diverses par où il passe, il faut l'entendre parler avec cet accent gouailleur de l'ouvrier parisien, sceptique, « blagueur » mais « bon garçon » dans le fond. C'est vraiment un spectacle bien intéressant et que les mots seuls ne sauraient rendre. Il est, emporté par son idée délirante, insouciant de tout ce qui se passe à côté de lui. On lui met presque les doigts dans les yeux sans qu'il s'en inquiète. Il semble voir dans un petit cercle très étroit et, quand il saisit quelque impression dans cet espace restreint, il se l'approprie et la transforme à sa manière. Il y a là un habitus bien particulier, que nous avons retrouvé chez tous les somnambules de cette espèce et qui semble tout à fait caractéristique.

Nous avons vu chez notre précédente malade qu'il était absolument impossible de modifier le délire par la parole. Elle restait indifférente à toutes les sollicitations de ce genre. Chez le jeune Poig... il n'en est pas de même. Il semble, à ce point de vue, qu'il soit un peu moins concentré dans son délire que certains autres et sensible à des excitations un peu plus complexes. On n'arrive à rien en le sollicitant, à l'aide d'une phrase ou d'un mot, dans une direction inconnue ou choisie par l'opérateur suivant son propre désir. Mais, si on lui rappelle par un mot une scène à laquelle on l'a déjà vu prendre part dans son délire spontané, on peut arriver à faire reparaître cette scène, autrement dit à influencer en réalité la succession des idées délirantes par la parole, et non pas que cela soit très facile et que le changement de tableau s'opère avec la même instantanéité que pour les excitations sensorielles simples. Mais on y arrive cependant.

Ainsi si on lui crie aux oreilles, avec insistance, les mots: « Floquet! général Boulanger! » il s'arrête dans la scène du moment, semble un instant comme absorbé et réfléchissant. Puis, tout à coup, le voilà dans une réunion publique politique, il discourt ou, semblant écouter un orateur qui parle, il l'approuve, le désapprouve, applaudit, accompagnant sa mimique d'observations souvent fort justes ou fort spirituelles. Nous avons vu que la réunion publique fait partie de son délire spontané (v. p. 96). On peut aussi lui faire jouer à volonté la scène des *Mystères de Paris* (v. p. 97) en lui criant à plusieurs reprises à l'oreille ces mots : « Le Chourineur! La Chouette! Tortillard! »

Malgré cette impressionnabilité à la parole, le malade est cependant encore dans un état de concentration bien profonde. Il suffit, pour s'en rendre compte, de constater ce qui se passe lorsque, dans son somnambulisme, on essaie de le faire écrire. Cela n'est pas toujours bien aisé et il faut y mettre de la patience et de la persévérance. On y arrive cependant en l'asseyant sur une chaise, le plaçant devant une table, lui mettant une plume à la main et attirant par tous les moyens possibles, par la parole et par le geste, son attention sur la plume et sur du papier qu'on place devant lui. On le voit d'abord, inattentif à toutes les sollicitations, souffler sur sa plume, en faire tomber, avec des chiquenaudes les *cafards* qui courent dessus, qui tombent sur la table et qu'il poursuit là de nouveau, toujours obsédé par ses visions zoopsiques, qui, nous le répétons encore, rattachent bien nettement ce somnambulisme de la phase passionnelle de l'attaque ordinaire. Cependant, en insistant, on lui fait comprendre qu'il doit écrire.

La première fois que nous fîmes cette épreuve, il commença alors à nous écrire une chanson intitulée « le vin de Marsala ». Une fois qu'il est lancé dans cette occupation, il y est concentré totalement, à un degré qu'on ne peut imaginer. On peut crier à ses côtés, lui parler dans les oreilles, promener les doigts autour de sa figure et jusque sur ses conjonctives, en arrivant de côté. Si à ce moment la main qui s'agite autour de lui arrive dans ce cercle étroit dans lequel semble restreint le champ de sa vision, ce n'est pas une main qu'il voit en général, mais un *cafard* qu'il essaye d'attraper. Puis il se remet à écrire. On peut alors interposer un carton entre sa main et ses yeux, il continue sans direction, sans encre dans sa plume à la rigueur, mais ne s'occupe pas de l'obstacle apporté. On dirait que tout se passe dans son cerveau, qu'il ne

conduit pas en réalité sa main avec ses yeux, mais qu'il s'agit en tout cela d'une simple image mentale de ce

Le Vin de Marsala
Nous étions au nombre de mille
Venus d Italie et d ailleurs
Garibaldi dans la Sicile
Nous conduisait en tirailleurs
Un soir j était seul dans la plaine
Quand je vis en face de moi
Un jeune homme de vingt ans à peine
Qui portait les couleurs du roi

Fig. 36.— Écriture de Poig... pendant le somnambulisme hystérique.

qu'il accomplit. On lui a mis, je suppose, devant lui, plusieurs feuilles de papier superposées. Si on vient alors à lui retirer vivement la feuille sur laquelle il écrit il achève, sans s'occuper de ce qui arrive, sur la feuille suivante le jambage de la lettre qu'il était en train de tracer et continue sa tâche sur cette page dont le haut est à

Je vis son fusil se rabattre
C'était son droit, j armais le mien
Il fit quatre pas, j en fis quatre
Il visait mal, je visai bien

Fig. 37.—Suite de la chanson commencée dans la Figure 36. Le feuillet sur lequel le malade écrivait la première partie, a été soustrait vivement; il continue à écrire comme si le haut de la nouvelle page n'était pas vierge de tous caractères.

moitié blanc. On peut même aussi lui enlever tout le paquet de papier qu'il a devant lui. Peu lui importe, il continue à écrire sur le bois de la table ou sur la toile cirée qui la recouvre.

Bien plus: une fois terminé le couplet qu'il écrivait, il s'arrête et se prépare à relire tout ce qu'il a écrit. On lui remet alors du papier blanc devant les yeux; il se trouve donc en présence d'un feuillet complètement vierge de caractères. Cela n'est point pour l'arrêter: ce n'est pas, nous le disons, sur le papier qu'est sa chanson, c'est dans son cerveau. Il continue donc à la voir sur cette page toute blanche et se relit, ajoutant des points, des virgules, des accents, des barres aux t. On n'a alors qu'à faire coïncider exactement les deux premières feuilles avec la troisième, on voit que une barre en travers, un accent aigu ou grave, marqués sur celle-ci, correspondent exactement à une lettre non accentuée, à un t non barré sur l'une ou l'autre des deux premières. Cette épreuve est tout ce qu'on peut imaginer de plus caractéristique. Nous donnons ici un *fac-simile* de trois feuillets sur lesquels nous avons fait écrire notre malade.

Fig. 38.— Accentuation et ponctuation ajoutées par le malade sur un feuillet blanc et relatives à la chanson des deux figures précédentes, après qu'on lui eut soustrait les feuillets sur lesquels il avait écrit. Montre: a la 2[e] ligne la barre du *t* de *etions*, de la fig. 1, qui est incomplète. Deux points sur les *j* des 5[e] et 6[e] vers; des signes de ponctuation qui manquent aux fig. 1 et 2; un point a la fin du titre; une virgule a la fin du premier vers; point et virgule a la fin du 2[e]; point a la fin du 4[e]; virgule a la fin des 5[e] et 7[e] vers; point a la fin du 8[e]; virgule a la fin du 9[e]; point et virgule à la fin du 10[e]; virgule a la fin du 11[e]; point à la fin du dernier vers.

M. Mesnet, dans son mémoire si éminemment suggestif déjà cité, décrit un fait absolument identique (1). Après avoir enlevé successivement à son malade tous les feuillets sur lesquels il avait écrit, il le voit « diriger ses yeux sur le haut de la page blanche; relire tout ce qu'il venait d'écrire..., puis à diverses reprises tracer avec sa plume, sur différents points de cette page blanche, là une virgule, là un e, là un *t*, en suivant attentivement l'orthographe de chaque mot, qu'il s'applique à corriger de son mieux; et chacune de ces corrections répond à un mot incomplet que nous retrouvons à la même hauteur, à la même distance, sur les feuillets que nous avons entre les mains. » Et M. Mesnet ajoute: « Quelle signification donner à cet acte d'apparence si singulière? Il nous semble avoir sa solution dans l'état hallucinatoire qui crée l'idée-image et donne à la pensée ou à la mémoire une telle tendance de réflexion vers les sens, que ceux-ci, entrant en exercice, donnent, soit à la pensée, soit au souvenir, une réalité extérieure? » On ne saurait mieux caractériser en quelques mots cette sorte de concentration hallucinatoire qui distingue les somnambules de ce genre. Nous avons vu ailleurs (v. p. 50) que l'observation si intéressante de M. Mesnet contenait des germes de toutes les recherches qui ont été faites ulté-

(1) Mesnet. — *Loc. cit.* (*Un. Méd.*), p. 20 du tirage à part.

rieurement chez eux. Pour cette raison, il ne serait que juste de grouper les cas de cet ordre sous la rubrique de *Somnambulisme hystérique du type Mesnet*, toute question de nosographie, d'ailleurs, mise à part; car cet auteur, si nous ne nous trompons, conformément aux idées qui avaient cours à cette époque, considérait le somnambulisme par lui décrit comme une névrose à part et ne l'avait pas réduit à ce qu'il est réellement, c'est-à-dire à une pure et simple manifestation de l'attaque hystérique.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

Observation d'un Kyste hydatique du Poumon;

par **Ferdinand MARCONNET**, étudiant en médecine à la Faculté de Paris (1).

Historique.

En France, les kystes hydatiques s'observent assez fréquemment chez l'homme : ils semblent être plus rares dans l'Ouest que dans l'Est. Comme on sait, la maladie est bien plus fréquente en certains pays, tels que l'Islande et l'Australie, en raison de ce que les gens y vivent davantage en contact avec les chiens. Dans certains pays de l'Europe centrale, comme le Mecklembourg, la maladie est également bien plus commune qu'en France (2). Le kyste hydatique siège le plus souvent dans le foie; le poumon est atteint aussi avec une grande fréquence : mais les auteurs attribuent à cet organe un rang variable dans leurs statistiques. Davaine (3) le place au second rang, Thomas lui assigne la même place, Finsen (d'Islande) le met au troisième rang et Cobbold (4) au quatrième. En 10 ans, le Dr Thomas (de Victoria, Australie) a constaté trois cent sept décès par kystes hydatiques : 166 étaient dus à des hydatiques du foie, 53 du poumon, 88 des autres organes.

En Islande, Finsen a observé 237 cas (5) : 176 fois le kyste occupait le foie; 54 fois la paroi abdominale; 7 fois le poumon.

Les auteurs ne sont donc pas d'accord sur la fréquence relative des kystes du poumon. En revanche tous s'accordent à déclarer que cette forme particulière de la maladie est notablement plus dangereuse que toute autre forme. Comme on va voir, la statistique des cas de mort à la suite des kystes hydatiques du poumon est en effet fort élevée : elle le serait encore bien plus, si l'on pouvait tenir compte des tuberculoses et autres complications consécutives.

D'après Davaine, la mort arrive dans les deux tiers des cas. Il cite quinze cas de guérison dus :

1 à l'intervention chirurgicale, 1 à l'expulsion du kyste à travers l'intestin, 1 à la ponction, 12 à l'expectoration des hydatides pendant un temps variant de trois mois à un an.

Hearn (6), qui a rassemblé la plupart des cas connus, mentionne cent quarante-quatre observations, dans lesquelles la maladie s'est terminée : 62 fois par la guérison, 82 fois par la mort.

Dans les 62 cas de guérison, celle-ci est due : 45 fois à l'expectoration des hydatides, 5 fois à la ponction, 12 fois à l'incision et à la ponction.

Lehmann (1) a pu observer huit cas qu'il rapporte dans sa thèse. Sept cas furent mortels : mais il faut remarquer que les observations de Lehmann ne portent que sur la complication la plus grave, celle où le kyste s'ouvre dans la cavité pleurale. Le seul survivant ne dut son salut qu'à l'intervention chirurgicale, M. Gaucher lui ayant pratiqué l'opération de l'empyème.

Ce court préambule montre déjà tout l'intérêt qui s'attache à l'étude des kystes hydatiques du poumon. La gravité exceptionnelle que présente cette maladie est bien digne d'attirer l'attention, et c'est pour cette raison que je crois utile de rapporter en détail l'histoire d'un kyste hydatique du poumon, dont j'ai souffert moi-même pendant deux ans et dont j'ai failli être victime.

Histoire de ma maladie.

La première atteinte du mal un peu sérieuse remonte à octobre 1888. J'étais alors âgé de 22 ans. Cependant, bien avant cette époque et dès 1886 je me sentais déprimé et je constatais sur moi de l'amaigrissement. J'avais mauvaise mine et une petite toux sèche me travaillait depuis deux ans.

Du 5 au 10 octobre 1888. — Une pleurésie se déclare du côté droit. Elle occupe le tiers supérieur de la partie postérieure du poumon. Je suis vite rétabli et je commence bientôt à suivre les cours de la Faculté de médecine.

20 *novembre*. — Je ressens un point violent du côté droit à la hauteur de la hanche, Je rentre chez moi à huit heures du soir et je perds connaissance.

21 *novembre*. — MM. Hamonie et Rémond viennent me visiter. Mon état s'aggrave : on diagnostique une pleurésie avec épanchement du côté droit. L'épanchement, qui avait débuté par la base du poumon, gagne du terrain dans la journée, et, le soir, occupe tout le poumon droit. Température 39°,3.

22 *novembre*. — Ma mère, appelée en toute hâte, arrive à Paris. On m'applique une vingtaine de ventouses sur le dos, autant sur la poitrine, et un vésicatoire de 25 sur 30 sur le côté droit du dos. L'épanchement occupait toute la partie droite de la poitrine. Le Dr Hamonie déclare que mon état est désespéré. Une dyspnée intense me force à rester assis dans le lit. Température 40°,5. Respiration 75 à la minute.

23 *novembre*. — Diminution notable de l'épanchement, qui n'occupe plus que la moitié du poumon. La température tombe à 38°,1.

24 *novembre*. — Le poumon est entièrement dégagé. Pas d'expectoration, pas de toux. Température 37°,9.

27 *novembre*. — Première sortie, sept jours après les débuts de ma pleurésie. Il ne me reste qu'un peu de faiblesse musculaire.

De novembre 1888 *à mars* 1889. — Rien de remarquable dans mon état de santé. Je passe le mois de décembre dans ma famille, à Nancy. En janvier 1889, je revins à Paris. De temps en temps, des poussées congestives se déclarent, mais elles disparaissent après des quintes de toux plus violentes que celles que j'ai d'ordinaire. Toux sèche continuelle. La dyspnée commence à être gênante. L'affaiblissement et l'amaigrissement continuent. J'ai une tendance prononcée au sommeil et à la paresse. Le sommeil ne me délasse pas et, le matin au réveil, je suis plus fatigué que le soir. Pas de fièvre ni sueurs nocturnes; mon pouls est cependant accéléré (95 à 100 pulsations par minute).

28 *mars* 1889. — Nouveau point très douloureux à droite. La dyspnée ne fait que s'accentuer. La perte d'appétit est totale; ma nourriture se compose d'un litre de lait et de deux ou trois œufs par jour. Il y a une exacerbation du point douloureux de telle sorte que la respiration devient presque impossible.

10 *avril* 1889. — Jusqu'à cette époque je résiste au mal. A bout de forces, je rentre dans ma famille. Le Dr Reibel, de Nancy, qui durant toute ma maladie m'a soigné avec un

(1) Auto-observation rédigée par le malade lui-même.

(2) On trouvera, sur l'histoire naturelle et médicale du *Tænia ecchinococcus*, les renseignements les plus précis dans le *Traité de Zoologie médicale* de M. R. Blanchard, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(3) Davaine. — *Traité des Entozoaires*. Paris, 2e édition, 1877.

(4) Casabianca. — *Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon*. Thèse de Paris, 1889.

(5) M. le Dr Thiébault (d'Alger) m'a dit avoir observé sur des indigènes des kystes hydatiques du cristallin. Ces kystes sont, parait-il, assez fréquents dans notre colonie et mériteraient une étude attentive que le Dr Thiébault, mieux que tout autre, saurait rendre utile et intéressante.

(6) Hearn. — *Des kystes hydatiques du poumon*. Thèse de Paris, 1876.

(1) Lehmann. — *Des kystes hydatiques du poumon ouverts dans la plèvre*. Thèse de Paris, 1882.

dévouement et une affection presque paternels et à qui je suis heureux de pouvoir exprimer ici toute ma reconnaissance, m'ausculte le soir même de mon arrivée : il juge mon état très grave et constate un épanchement pleurétique du côté droit. Il me prescrit l'application de ventouses sèches, de vésicatoires et des badigeonnages de teinture d'iode. L'état général est déplorable.

13 *avril*. — Même situation. Grande faiblesse. La douleur se maintient fixe. L'appétit est nul.

Du 14 au 20 avril 1889. — L'épanchement diminue peu à peu et semble se résorber. L'état général est toujours mauvais.

21 *avril* 1889. — A huit heures du matin, à la suite d'un accès de toux, faible hémoptysie. Les crachements sont aérés et teints d'un beau sang rouge. Légère amélioration dans l'état local.

Fin d'avril 1889. — Le Dr Reibel appelle M. le Pr Feltz en consultation. Mes médecins constatent ce qui suit : état général déplorable, signes de congestion et râles crépitants au sommet droit ; matité absolue du poumon droit sur les deux tiers antérieurs et inférieurs et sur toute la partie postérieure. En même temps, M. le Pr Feltz constate que le cœur est déplacé et rejeté à gauche vers l'aisselle. Il songe alors à pratiquer la thoracenthèse, mais y renonça dès le lendemain, après s'être assuré que l'épanchement pleurétique avait complètement disparu, à la suite d'une légère hémoptysie.

Mi-mai 1889. — Jusqu'à la mi-mai je garde la chambre, sur le conseil de MM. Feltz et Reibel. Je suis alors un traitement antituberculeux : vin de quinquina, vin créosoté, gouttes de Fowler, extrait de viande, viande crue, etc. Je passe les premiers beaux jours à Liverdun, près de Nancy, en attendant l'ouverture de la saison thermale de La Bourboule. Mon état reste le même : grande faiblesse, dyspnée intense, toux grasse et expectorations purulentes. C'est à Liverdun que je constatai pour la première fois un accès fébrile qui devint périodique. Ma température oscille entre 38° et 38°,6. Perte absolue d'appétit et dégoût pour tout aliment, à l'exception du lait.

25 *mai* 1889. — Nouvelle hémoptysie peu abondante, puis premier crachement rouillé. Ces expectorations devaient continuer jusqu'à la fin de la maladie. Les crachats furent d'abord peu abondants, mais dans la suite ils augmentèrent, à tel point qu'à la fin de la maladie je rendais environ 150 cmc. de matière le matin, et que l'expectoration se continuait toute la journée.

20 *juin* 1889. — Je commence le traitement thermal de La Bourboule. Je pèse en ce moment 69 kilos (en janvier 1888, je pesais 76 kilos). L'état général est toujours le même. Aux phénomènes déjà mentionnés, dyspnée, crachats rouillés, fièvre hectique, grande faiblesse, amaigrissement, s'ajoute un autre phénomène alarmant : je suis pris de sueurs nocturnes, plus abondantes aux cuisses que sur les autres parties du corps. A ce moment il ne me reste plus aucun doute sur la nature de l'affection dont je me crois atteint et je me considère moi-même comme tuberculeux. Le séjour à La Bourboule semble pourtant avoir une influence heureuse sur ma santé : pendant la deuxième semaine de traitement, mon poids augmente de un kilo 200 gr. en huit jours. Le quinzième jour de mon traitement, nouvelle hémoptysie peu abondante. Pendant deux ou trois jours mes crachats présentent une couleur franchement rouge, puis reprennent leur teinte rouillée. La dernière semaine de mon séjour à La Bourboule ne me fut pas favorable. Je marchais à grands pas vers le marasme ; je diminuai de deux kilos ; ma faiblesse était extrême. Divers médecins que je consultai me considérèrent comme étant atteint d'une tuberculose avancée.

Juillet et août 1889. — Je revins à Nancy après avoir passé quelques jours à Paris. A la fin août, je retournai à Paris consulter les professeurs Potain, Peter et Jaccoud, sur le conseil de MM. Feltz et Reibel, qui n'étaient pas d'accord sur le traitement à me faire suivre : l'un me conseillait un séjour hivernal à Davos (Suisse), l'autre désirait me voir passer l'hiver en Algérie.

Septembre 1889. — M. le Pr Jaccoud m'assura que je n'étais pas tuberculeux. Il me conseilla de faire de l'aérothérapie dont il attendait grand bien et jugea mon départ pour l'Afrique absolument inutile.

M. le Pr Peter me dit à peu près la même chose. Il exclut résolument le diagnostic de tuberculose et me conseilla l'Algérie, sans toutefois considérer ce déplacement comme bien nécessaire. Il se prononça catégoriquement contre Davos.

M. le Pr Potain dut croire à une tuberculose, comme cela semble ressortir de sa prescription que je transcris textuellement :

1° Prendre chaque matin à jeun une tasse de lait tiède dans laquelle on ajoutera une cuillerée à café de la solution suivante :

Iodure de sodium.	2 grammes
Bromure de sodium.	5 —
Chlorure de sodium.	20 —
Eau.	100 —

2° Au commencement de chaque repas deux granules de diascoride.

3° Chaque soir une des pilules suivantes :

Extrait de jusquiame.	2 gr.
Extrait thébaique.	0 » 50

Mélanger et diviser en 20 pilules.

4° A la fin de chaque repas prendre une cuillerée à soupe de la solution de biphosphate de chaux Odet.

5° Appliquer sur le devant du côté droit de la poitrine une couche très mince de coton iodé.

6° Au bout de 15 jours de ce traitement, suspendre l'usage des granules de diascoride et le remplacer par celui de la solution suivante dont on prendra une cuillerée à café dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger, trois fois par jour dans les intervalles des repas.

Tannin à l'alcool.	4 gr.
Eau	200 —

Augmenter cette dose d'une cuillerée à café tous les jours, jusqu'à six par jour.

Alterner les deux dernières médicamentations de quinzaine en quinzaine.

21 septembre 1889. Dr Potain.

M. le Dr Reibel m'avait donné pour MM. le Pr Jaccoud, Peter et Potain une lettre dont je tire les passages suivants :

« M. F. Marconnet. — Pleurésie et bronchite chronique. — Hémoptysies.

Antécédents de famille bons, sauf en ce qui concerne une cousine (du côté maternel) morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels : Coryzas fréquents, se compliquant facilement de trachéo-bronchite. A eu dans le courant des années 1885-1886, pendant l'hiver, quelques points très limités de pleurésie sèche, se manifestant par un frottement pleural sec et rude, sans toux appréciable dans les deux tiers inférieurs du côté droit et à la face antérieure du thorax. Après l'usage des révulsifs (pointes de feu, teinture d'iode), tout disparaissait en tant que phénomènes sthétoscopiques. En 1886, étant à Clermont-Ferrand, M. Marconnet prend une fièvre typhoïde paraissant avoir été de moyenne intensité et qui ne semble pas avoir exercé une fâcheuse influence sur la santé générale. Notre malade prit, dès le début de l'année scolaire 1888-1889, une pleurésie droite avec épanchement qui se serait résorbé assez vite, puis, en avril 1889, une deuxième pleurésie droite compliquée de bronchite et de légers phénomènes congestifs, qui depuis lors se sont accentués davantage, notamment fin avril, et aboutirent à une hémoptysie. *Notons qu'en mai dernier l'examen des crachats, pratiqué par M. le Pr Feltz, a été négatif au point de vue bacillaire.* Sur notre avis, partagé par notre confrère, M. Marconnet est allé faire une cure à La Bourboule, en juillet dernier, à la suite de laquelle il y eut une augmentation de poids de 1,500 grammes et un réveil d'appétit, mais qui ne fut pas durable. Persistance des exsudats pleurétiques, en avant et à droite. Au point de vue de la réaction générale de l'affection locale sur l'organisme, nous avons constaté des périodes d'apyrexie complète, séparées les unes des autres par des périodes de fièvre de forme rémittente et parfois franchement intermittente. Sueurs nocturnes fréquentes. Expectoration d'abord muco-purulente, puis légèrement sanguinolente (couleur saumon) et enfin plus ou moins rouge. »

Dr Reibel.

Je suivis pendant une quinzaine de jours le traitement aérothérapique ; il manqua de m'être funeste. Au sortir de la cloche pneumatique, j'étais pris de frissons et de forts crachements de sang. A l'établissement, je mesurai ma capacité pulmonaire : elle était alors de 950 centimètres cubes. Je cessai bientôt ce traitement et au commencement du mois d'octobre 1889 je revins à Nancy. En août et septembre 1889,

j'avais voulu visiter l'Exposition universelle, je dus bientôt y renoncer : la moindre course me donnait une forte dyspnée et mes jambes ne pouvaient plus me porter. Je manquais d'appétit. Les sueurs nocturnes augmentèrent à tel point que je devais changer plusieurs fois de linge par nuit. Je gardai le lit à plusieurs reprises pendant ces deux mois.

14 *octobre* 1889. — Départ pour Alger, où j'arrive avec ma mère le 18 octobre, après avoir bien supporté les fatigues du voyage. A Alger, je consulte le Dr Brug, auquel m'ont adressé MM. Reibel et Feltz ; il m'ausculte, diagnostique une tuberculose et, en qualité de chirurgien, préfère m'adresser à son confrère M. le Dr Gros, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger. M. Gros vint me visiter une seule fois, au commencement de novembre : j'étais alité, à la suite d'une légère bronchite. Il m'examina, vit mes crachats sanguinolents et m'ordonna de rester couché jusqu'à ce qu'il revint me voir. Sans doute m'a-t-il oublié ou considéré comme perdu, car je ne l'ai jamais revu !

Novembre 1889. — Toujours le même état. Grande faiblesse. Amaigrissement (je ne pèse plus que 62 kilos). Dyspnée intense, toux constante, crachements rouillés à toute heure du jour : ils sont plus abondants le matin. Je suis pris d'étourdissements et d'accès d'étouffement, accompagnés de toux, qui viennent sans cause apparente. Après ces accès je suis à bout de forces. Toujours des sueurs nocturnes et de la fièvre hectique. Au commencement de ce mois, je me présentai devant le conseil de réforme d'Alger. J'étais arrivé au bout de mes sursis et je devais rejoindre le régiment le 15 novembre. Dans l'état de faiblesse où je me trouvais, cela m'était impossible. Le médecin qui m'ausculta m'accorda immédiatement un congé de réforme n° 2, avec mention : pleurésie chronique.

Décembre 1889. — La saison des pluies me met dans un état presque désespéré. Mes deux médecins, les Drs Rossel et Thiébault, ne se font guère d'illusions. Leur traitement consiste en application de vésicatoires et de pointes de feu, auxquels s'ajoutent des badigeonnages de teinture d'iode. De temps en temps le sommet droit présente des signes de congestion, qui disparaissent aussi rapidement qu'ils se sont manifestés. Un jour, mes deux médecins constatent au deuxième tiers du poumon un long espace où se percevaient les signes caractéristiques d'un épanchement enkysté. Ils pensèrent alors que jusqu'à ce moment le diagnostic avait été erroné, et que ce qu'on considérait comme une tuberculose à marche bizarre était une pleurésie enkystée ou même un abcès de poumon. Ils décidèrent de pratiquer l'empyème au commencement de janvier.

24 *décembre*. — C'est ma dernière sortie, je puis à peine marcher. En rentrant chez moi, j'ai beaucoup de peine à monter les deux étages qui conduisent à mon logement et je tombe exténué sur une chaise longue, en proie à une dyspnée épouvantable. Je suis pris d'un nouvel accès d'étouffement accompagné de toux.

31 *décembre* 1889. — A onze heures du matin le Dr Thiébault vient me rendre visite. Il m'ausculte. La congestion du sommet droit, observée quelques jours auparavant, a disparu. La base antérieure est libre, seul le tiers médian antérieur et la face postérieure du poumon donnent à la percussion les signes d'une matité complète. A l'auscultation, on ne perçoit absolument rien, ni trace de respiration, ni symptômes de cavernes, le poumon ne donne pas signe de vie dans toute cette partie. Enfin on aperçoit encore quelques traces de légère bronchite qui tendent à disparaître. Somme toute, il semble que la teinture d'iode, les pointes de feu, etc., aient exercé une heureuse influence, au moins momentanément. Malgré ce semblant de mieux, je n'ai pu déjeuner. A 2 heures moins le quart, je demande un peu de vin et de viande froide. A la première bouchée je suis pris d'une forte envie d'uriner. Arrivé au vase, je sens le besoin disparaître subitement et en même temps ma bouche s'emplit de liquide. Je le crache aussitôt ; il est remplacé par d'autre. Un bon demi-litre de liquide semblable à de l'eau est au fond du vase. J'essaie de prendre haleine : un horrible gargouillement se fait entendre dans la poitrine ; la bouche ne désemplit pas et au liquide incolore se mêle du sang, puis c'est du sang pur que je rends. Ma mère et le Dr Rossel accourent à mes cris. L'hémorrhagie est épouvantable. Le Dr Rossel essaye en vain de l'arrêter par des sinapismes, de l'ergotine et des bains de pied sinapisés. Jusqu'à quatre heures j'ai toute ma connaissance. Il m'est impossible de décrire la souffrance morale que j'ai endurée pendant ces deux heures. Je me sens mourir et je ne vois aucune chance de salut. Le sang coule toujours de ma bouche : ma vue s'obscurcit ; à trois heures et demie, j'ai devant les yeux un brouillard, qui empêche toute perception visuelle. Enfin à quatre heures, presque exsangue, je perds connaissance après un fort accès de diarrhée. A ce moment mon vase de nuit est plein de sang ; après l'avoir rempli j'en ai encore craché dans une cuvette une notable quantité. En tout, j'ai évacué deux litres et demi de liquide, dont au moins deux litres de sang. Toute la soirée le sang s'échappe encore en minces filets de ma bouche. MM. Rossel et Thiébault revinrent me visiter dans la soirée. Ils exhortèrent ma mère au courage et ne cachèrent pas que c'était la fin de mes souffrances et des siennes : une deuxième hémoptysie, qui viendrait sûrement, me serait fatale. Ma mère qui, elle aussi, avait perdu tout espoir, passa la nuit à mon chevet et me soigna comme seule une mère sait le faire. Durant quatre jours et quatre nuits, je restai sans connaissance, puis je revins peu à peu à moi. Une toux violente me déchirait la poitrine et me donnait d'intolérables douleurs. En même temps, j'expectorais du sang corrompu et coagulé : il avait une couleur saumon qui s'accentua à mesure que la suppuration augmenta. Mon haleine était fétide comme mes crachats ; au bout de deux jours l'odeur devint franchement gangréneuse. Je souffrais autant de cette odeur que de la toux. Cette odeur étant intolérable, j'essayai de me soulager par des aspirations d'essence de girofles, d'acide phénique, etc., mais rien n'y fit. Enfin, voyant un flacon d'éther sur la cheminée, j'eus l'idée d'en respirer ; j'éprouvai immédiatement un grand soulagement. Je continuais dès lors ces aspirations ; le 6 janvier je pris 100 gr. d'éther, le lendemain un quart de litre, puis un demi-litre et à partir du 9 janvier, j'aspirai un litre et demi d'éther en 24 heures. Inutile de dire que j'étais presque continuellement en état d'ivresse, mais mon état local fut sensiblement amélioré : la toux devint presque insensible, l'expectoration se fit plus facilement et l'odeur, cette épouvantable odeur, était masquée par celle de l'éther.

13 *janvier* 1890. — Depuis mon hémoptysie, le décubitus ne peut se faire que sur le côté droit. Dès que je me couche sur le côté gauche ou même sur le dos, je suis pris de suffocations ; des matières purulentes me montent à la gorge et tendent à se vider par la bouche ; l'odeur gangréneuse elle-même augmente. Je n'ai plus ni fièvre, ni sueurs nocturnes. La dyspnée a presque totalement disparu, mais je constate une grande perte de mémoire. Dans la nuit du 13 au 14 janvier pendant un assez fort accès de toux, j'ai la sensation qu'un corps étranger me passe par la gorge : je trouve au milieu d'un crachat purulent un morceau de membrane de 4 à 5 centimètres carrés. Je fais plusieurs expectorations semblables la même nuit. Le Dr Thiébault, à qui je montre ces membranes le matin, les reconnaît aussitôt pour des membranes de kyste hydatique. Toutefois, pour avoir la confirmation de son diagnostic, il en envoie le jour même un fragment au Pr Feltz et y ajoute un flacon de crachats.

19 *janvier* 1890. — Une amélioration sensible se fait sentir, je retrouve des forces. On me soutient avec des bouillons et du rhum dont j'absorbe une demi-bouteille par 24 heures depuis une dizaine de jours au moins.

A six heures du soir, le Dr Thiébault, tout radieux, m'apporte une dépêche du Dr Feltz, qui est ainsi conçue : « Pas de bacilles, mais kyste hydatique rompu. » C'était pour moi le salut ! Jamais condamné à mort ne montra plus de joie que moi à l'annonce de sa grâce. Ma mère, le Dr Thiébault, qui m'avait pris en grande affection, et moi nous pleurions tous trois de joie. Certes je n'étais pas sauvé, mais je n'étais pas tuberculeux et j'avais des chances de guérison.

22 *janvier* 1890. — Depuis le 5 janvier, je prends de l'éther sans discontinuer. Comme mon état local est satisfaisant, que la fétidité de mes crachats va en diminuant et est devenue tolérable, je prends la résolution d'en finir avec l'éther. Je cesse tout d'un coup son emploi, sans que cet arrêt brusque ne me cause la moindre gêne.

*

24 *janvier* 1890. — Je me lève pendant une heure.

30 *janvier* 1890. — C'est ma première sortie. Mes jambes me supportent à peine, néanmoins je me sens bien mieux portant qu'à mon arrivée à Alger. A l'auscultation, on constate qu'une partie du poumon, large comme la main et située en avant à la hauteur du sein, ne donne aucun signe de respiration. Le murmure respiratoire commence à s'entendre à la face postérieure du poumon. Le sommet et la base sont en parfait état. A la hauteur de l'omoplate droite, on entend quand je tousse un gargouillement produit par des liquides.

1er *février* 1890. — Je pèse 54 kilos. Jusqu'ici j'avais de l'inappétence. Au déjeuner, je suis pris de fringale et, à partir de ce moment jusqu'en mai, mon appétit est prodigieux. A ce régime, mes forces reviennent rapidement.

15 *février* 1890. — Je fais facilement l'ascension de la Kasbah qui est environ à 300m au-dessus du niveau de la mer; pour arriver au sommet, on monte continuellement un horrible escalier en pierre. Pas la moindre trace de dyspnée pendant cette promenade. Je tousse toujours et mon expectoration est toujours fétide.

A la fin de février mon poids est remonté à 63 kilos.

Mars 1890. — L'amélioration continue. Toujours un excellent appétit. La toux diminue ainsi que l'expectoration. La zone de matité tend à disparaître. A la fin de mars la balance accuse un poids de 71 kilos.

Avril 1890. — Les médecins me permettent un voyage en Kabylie. A Palestro je puis pour la première fois me coucher sur le côté gauche. Je n'éprouve plus ni faiblesse, ni fatigue. Le 30 avril j'arrive à 78 kilos.

Mai 1890. — Retour en France. Je puis me considérer comme guéri.

Février 1891. — Je continue à me bien porter. Je tousse et crache toujours un peu. L'expectoration est toujours un peu purulente, mais je n'ai plus ni dyspnée, ni fièvre hectique, ni crachats rouillés. Le poumon ne présente plus qu'un peu de submatité sous le mamelon droit et mon poids reste stationnaire à 80 kilos. Suis-je complètement guéri? C'est bien probable, mais l'avenir seul pourra me l'apprendre. (*A suivre*).

Faculté de médecine de Paris. — *Concours d'Agrégation.* — Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1891, il sera ouvert à Paris, en 1891-1892, des concours pour 45 places d'agrégés. Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : Le 15 décembre 1891, pour la section de médecine (pathologie externe et médecine légale). Le 1er mars 1892, pour la section de chirurgie et accouchements. Le 16 mai 1892, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques. Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. — Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Formalités a remplir pour les médecins de Paris. — Un grand nombre de médecins, sinon tous les médecins de Paris, ont reçu, de la mairie de leur arrondissement, une circulaire autographiée leur demandant, entre autres renseignements, la date de l'enregistrement à la Préfecture *de police* de leur diplôme de docteur. Quelques-uns de nos confrères, qui avaient négligé cette formalité exigée par la loi, ont t nu à se mettre en règle ; mais, mal guidés par la circulaire administrative, ils sont a l s frapper aux différents bureaux de la Préfecture de police, où, après maintes pérégrinations, on les a envoyés à la Préfecture de la Seine. Là, même ignorance de la part des employés. Pour éviter à nos lecteurs une perte de temps regrettable, nous les avertissons que l'enregistrement des diplômes médicaux se fait à l'annexe de l'Hôtel de Ville, caserne Lobau, à la direction de l'enseignement, bureau n° 5.

Hôtel-Dieu de Lyon. — Un concours pour la place de chirurgien-major s'ouvrira le 1er décembre 1891. Le chirurgien-major nommé entrera en fonction au plus tard le 1er janvier 1895. La durée de sa fonction est de six ans.

Hôpitaux de Bruxelles. — Nous apprenons que M. le Dr Lavisé vient d'être nommé chirurgien chef de service à l'hopital Saint-Jean, de Bruxelles. — La place de médecin assistant à l'hospice de Roger de Grimberghe, à Middelkerke, sera vacante à la date du 1er août prochain. Les demandes seront reçues jusqu'au 1er juillet 1891, au secrétariat de l'administration des hospices de Bruxelles, où les intéressés pourront se procurer les renseignements concernants ces fonctions.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Conférences cliniques sur les Maladies Mentales (*H. de la Salpêtrière*). — M. le Dr Séglas.

M. le Dr J. Séglas a commencé, vendredi 19 juin à 2 h. de l'après-midi, à la Salpêtrière, ses conférences annuelles sur les maladies mentales, qui auront pour objet cette année l'étude de la séméiologie des idées délirantes. Une introduction naturelle à cette étude est l'examen des *modifications du langage* chez les aliénés. C'est par le langage, en effet, parlé, écrit ou mimique, que l'on communique avec ceux-ci, et l'étude du langage chez les aliénés est absolument comparable à celle des phénomènes d'auscultation dans les maladies du cœur ou du poumon.

Les modifications du langage chez l'aliéné peuvent dériver de 3 sources : A. *Des troubles de l'intelligence.* L'idée seule est faussée, la fonction langage pouvant rester intacte dans ses éléments ; mais comme le malade exprime ses idées par des mots, c'est au moyen de ces mots que nous apprendrons à connaître son délire. Cependant, à ces troubles intellectuels peuvent s'ajouter des troubles de la fonction du langage, altérée dans ses éléments d'une façon correspondante aux idées : cas complexes où surviennent les hallucinations verbales. — B. Il peut y avoir troubles de la fonction même du langage, sans troubles de l'intelligence : nous rentrons dans le domaine des aphasies, et plus généralement des *dysphasies*, organiques ou fonctionnelles. — C. Enfin, le langage peut être modifié par suite de *troubles de l'expression* : ce sont les *dyslalies* avec leurs nombreuses variétés (hésitations, bégaiement, bredouillement, etc.). Ces 3 causes de modifications du langage s'entremêlent dans la majorité des cas ; mais il importe de les dissocier au début pour les étudier en détail. Dans le premier groupe auquel on peut donner le nom de *dyslogies*, l'intelligence seule est touchée, la fonction langage est indemne. Ces troubles intellectuels peuvent être liés eux-mêmes, soit à des troubles de l'idéation, soit à des troubles des facultés affectives et de la volonté. Les altérations du langage par troubles de l'idéation peuvent se diviser en 4 groupes. 1° *Modifications dans la rapidité.* Le discours peut être d'une volubilité extrême, la parole devenant bredouillée ; des mots, des phrases sont sautés (langage elliptique). Certains malades sont atteints d'une véritable *logorrhée.* Dans les cas inverses le débit est d'une lenteur extrême, aboutissant parfois au *mutisme*, soit par arrêt complet de la pensée, soit que le malade se taise sous le coup d'une idée délirante ou d'une hallucination impérative. 2° *Modifications dans la forme du discours.* Suivant la nature même de l'idée délirante, le débit peut être pathétique, emphatique, rythmé ou bien trivial ou monotone. 3° *Modifications dans la syntaxe.* Certains aliénés emploient des tournures de phrases très spéciales : les uns ne parlent d'eux qu'à la 3e personne ; d'autres emploient toujours l'infinitif ou des surnoms, d'autres enfin changent le genre des mots. 4° *Les modifications dans le contenu du discours* constituent un des points les plus curieux des troubles du langage. L'emploi des diminutifs, les syllabes et quelquefois les phrases entières surajoutées ou intercalées entre les mots (embolophrasie), l'abus des pléonasmes, des sentences, des calembours, de phrases stéréotypées, constituent un ensemble de faits très importants à connaître et qui peuvent être d'un précieux enseignement sur la nature du délire. Enfin, une étude spéciale doit être faite des *néologismes* et des *paralogismes* si fréquents dans le langage des aliénés ; les uns de ces mots complètement dépourvus de sens, les autres détournés

de leur sens véritable, d'autres enfin créés de toutes pièces, absurdes à première audition, mais que l'on peut, par un examen minutieux et un interrogatoire souvent répété, rattacher à l'idée délirante initiale qu'ils veulent exprimer. Ce sont eux bien souvent qui peuvent mettre sur la piste du délire, et leur étude mérite d'être approfondie.

A l'appui de ces faits M Séglas présente deux malades fort intéressantes : L'une, qui se croit omnisciente, prétend parler toutes les langues connues et inconnues ; vient-on à l'interroger en anglais, en allemand, en italien, etc., elle répond sans hésitation par une série de mots parfaitement incompréhensibles, cherchant à donner à son baragouin l'accent anglais, allemand, italien, etc.

L'autre malade est une persécutée, victime d'êtres invisibles qui lui font subir, la nuit, les plus atroces supplices et qu'elle appelle de noms spéciaux : le forçat, épine, dorsalier, l'invisible empaleuse, michcuse de gorge, dédoubleuse de face, le raccommodeur retempier, etc...

On voit, par ces exemples, tout le fruit que l'on pourra retirer de cette méthode d'examen du langage des aliénés, et combien sera facilitée ainsi la tâche si pénible et si embrouillée de la recherche des idées délirantes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 juin 1891. — Présidence de M. Duchartre.

MM. Morat et Doyon. — *Le grand sympathique, nerf de l'accommodation pour la vision des objets éloignés.* — Dans la vision des objets rapprochés, on sait que l'accommodation est commandée par le nerf oculo-moteur commun agissant sur le muscle ciliaire. On admettait jusqu'à présent que la vision de loin correspondait simplement au repos de cet appareil ; mais des expériences faites sur le chat, le chien et le lapin démontrent qu'il y a une force nerveuse antagoniste. En étudiant les changements de dimension de l'image de Purkinje qui correspond à l'image réfléchie de la lumière sur la face antérieure du cristallin, on a des renseignements précis sur les variations de courbure du cristallin. Après la section du sympathique, il y a une légère diminution de la grandeur de l'image, ce qui correspond à une légère exagération de courbure du cristallin, mais ce changement est en général très faible. Lorsqu'au contraire on excite le sympathique, l'image cristallinienne grandit dans tous ses diamètres. Il y a par conséquent aplatissement du cristallin, ce qui revient à dire que cette excitation fait accommoder l'œil pour les distances éloignées, pour l'infini. Comme il n'existe pas d'appareil permettant d'expliquer ce phénomène par une contraction musculaire, il faut admettre que le sympathique agit par inhibition sur le plexus ganglionnaire situé dans le voisinage immédiat et dans l'épaisseur même du muscle ciliaire.

MM. Gallippe et Moreau. — *Recherches sur l'existence d'organismes parasitaires dans les cristallins malades chez l'homme et sur le rôle possible de ces organismes dans la pathogénie de certaines affections oculaires.* — Dans la grande majorité des cas, on trouve des parasites dans les cristallins cataractés ; ces parasites doivent jouer un certain rôle dans l'opacification des cristallins. On rencontre également des micro-organismes dans les concrétions calcaires existant dans les yeux perdus depuis longtemps. En s'appuyant sur des arguments d'ordre physique, on peut penser que les corps étrangers intraoculaires, dits mouches volantes, pourraient bien être d'origine parasitaire. Morax.

Faculté de Médecine de Bruxelles. — M. le Dr Thiriar, le distingué agrégé de Pathologie chirurgicale de Bruxelles, est nommé professeur extraordinaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 20 juin 1891. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Féré. — *Sur les empreintes de la pulpe des doigts et du gros orteil.* — On sait que Galton a étudié particulièrement les empreintes et l'on sait qu'il distingue deux sortes de figures dans les sillons du pouce, par exemple. M. Féré a repris ces recherches et dispose d'un matériel de 180 empreintes prises de chaque côté ; il a constaté que les dessins fournis par les membres droits et ceux des membres gauches, main ou pied, n'étaient pas en général symétriques, on peut rencontrer à droite l'un des types de Galton et l'autre à gauche. L'asymétrie existe dans la moitié des cas.

M. Sanchez-Toledo. — *De la virulence du microbe du tétanos débarrassé de ses toxines.* — Dans une note présentée à l'Académie des sciences en décembre 1890, et dans un mémoire publié en janvier 1891, MM. Vaillard et Vincent ont annoncé que les cultures pures, sporulées du bacille du tétanos, débarrassées préalablement de leurs toxines et inoculées à doses considérables sous la peau d'animaux très réceptifs, ne sont pas susceptibles de se développer au lieu d'inoculation, ni de provoquer le tétanos. Pour débarrasser les cultures de leur toxine, ces auteurs les chauffaient à 65° pendant vingt minutes. Cette température détruit le poison et respecte la vitalité des spores du bacille de Nicolaïer. Ils employaient encore un autre procédé consistant dans le lavage de la culture par de grandes quantités d'eau pure. Cette notion nouvelle était faite pour surprendre ; non seulement elle bouleversait l'état actuel de nos connaissances sur la pathogénie du tétanos, mais elle établissait une véritable exception aux lois générales du parasitisme. Devant la portée de ces faits, nous avons cherché à les vérifier. Voici ce que nous avons constaté : Pour débarrasser les cultures pures de leur toxine, nous avons d'abord employé la chaleur. Des cultures pures du bacille de Nicolaïer sur bouillon et sur gélatine, âgées d'un mois, riches en spores et très virulentes, sont maintenues au bain-marie à 70°, 80° et même à 90° *pendant une heure*. En même temps, on soumettait au même chauffage des tubes témoins contenant des cultures filtrées et, par conséquent, renfermant la toxine privée de microbes. L'inoculation de doses considérables du contenu de ces tubes témoins ne provoquait aucun accident chez les animaux — ce qui prouvait bien que la toxine avait été détruite par la chaleur. Au contraire, l'inoculation des cultures chauffées sans filtration préalable tue le cobaye à la dose d'un demi-centimètre cube en vingt-quatre heures et la souris à la dose d'un dixième de centimètre cube en quarante-huit à soixante heures, avec des symptômes d'un tétanos type.

Pour le lavage des cultures, nous avons procédé d'une façon identique à celle suivie par MM. Vaillard et Vincent. Dix centimètres cubes de culture pure sur bouillon ou sur gélatine âgée d'un mois, riche en spores et très virulente, sont décantés ; le dépôt crémeux est déposé dans l'intérieur du culot d'une bougie Chamberland coiffée d'un embout en caoutchouc. Cet embout est ajusté à la tétine d'une autre bougie laissant filtrer l'eau par pression ; il est bien entendu que tout ce dispositif était préalablement stérilisé à l'autoclave à 120°. Nous avons ainsi lavé nos cultures avec des quantités d'eau considérables : six, huit, dix litres. Le lavage effectué, le dépôt était retiré avec pureté du culot en porcelaine et délayé dans 6 centimètres cubes d'eau stérilisée. Un vingtième de centimètre cube de ce liquide inoculé sous la peau d'une souris la fait succomber à un tétanos type en quarante-huit, soixante à quatre-vingts heures. A la dose de un quart de centimètre cube le cobaye succombe au tétanos en moins de dix-huit heures. Dans toutes nos expériences nous avons constaté au point d'inoculation la présence du bacille du tétanos ; nous nous en sommes assuré par l'examen microscopique, par la culture et par l'inoculation. Le bacille existait dans la plaie à l'état de pureté, sans mélange d'aucun autre microbe. Il n'est donc pas nécessaire pour qu'il développe ses effets pathogènes dans ces conditions de l'intervention d'une symbiose bactérienne. On voit donc que nous n'avons pas réussi à vérifier les faits annoncés par MM. Vaillard et Vincent, et que les conclusions qu'ils en tirent pour établir la pathogénie du tétanos ne peuvent pas être acceptées.

MM. Conbemale et Marestang. — *De la dégénérescence crétacée des nerfs dans la lèpre anesthésique.* — Ils pensent que le processus irritatif qui aboutit à la sclérose interstitielle des nerfs dans la lèpre anesthésique est dû à la localisation dans les faisceaux du bacille de Hansen. Ils voient une preuve nouvelle à l'appui de cette opinion

dans une observation recueillie aux Iles Marquises. L'examen histologique des nerfs médian et cubital recueillis chez un lépreux, dont les membres supérieurs, en particulier, présentaient l'insensibilité complète, les atrophies et les troubles trophiques (mal perforant, mutilations spontanées, etc.) caractéristiques de la lèpre anesthésique, a montré, en effet, à côté de la sclérose qu'on rencontre ordinairement dans ces organes, un processus spécial que les auteurs croient être les premiers à signaler, c'est l'infiltration crétacée ; des dépôts de carbonate et de phosphate de chaux ont, en effet, été rencontrés en très grand nombre le long des nerfs examinés, en plein faisceau ou à la place des tubes nerveux vides. Par analogie avec ce que l'on observe dans le tubercule crétacé, on peut considérer cette altération comme l'aboutissant du processus irritatif primitif. Cette infiltration calcaire n'est pas exceptionnelle dans la lèpre, elle n'est pas davantage spéciale à la lèpre ; la rareté des examens de nerfs lépreux explique probablement qu'on ne rencontre pas plus fréquemment cette altération, comme on comprend que le processus observé dans d'autres organes (foie, poumon, cerveau) puisse se développer dans les nerfs.

M. Féré a étudié le *mécanisme de la formation des néologismes chez les aliénés*. On sait que les déments, les paralytiques généraux créent souvent des néologismes plus ou moins bizarres. Un persécuté, observé par M. Féré, à l'occasion d'une dispute avec sa femme fut pris d'une colère violente, où les mots lui manquant il se servit d'un assemblage incohérent de syllabes. Depuis, toutes les fois qu'il est excité, il se sert de ce néologisme comme un mot injurieux. Les aphasiques gardent souvent, comme on le sait, un assemblage de syllabes dont ils se servent toujours. Il y a là quelque chose de semblable à ce qui se passe dans l'épilepsie, où l'on voit le même acte automatique être répété à la fin de chaque accès.

M. Brown-Séquard cite des cas de maladie des tics, qui peuvent être rapprochés de ces faits.

MM. Kunckel d'Herculais et Ch. Langlois adressent d'Algérie une note sur les *Cryptogames parasites des Acridiens*, et les moyens de propager ces parasites pour détruire les sauterelles. M. Kunckel n'a pu arriver à des résultats satisfaisants par ce procédé.

M. Giard pense que les champignons décrits sur les Criquets et surtout une espèce particulière, qu'il a le premier isolée, sont simplement des Saprophytes et qu'ils ne doivent pas être des agents actifs de destruction de l'insecte.

M. Binet décrit le *système nerveux des Hannetons* et en particulier la chaine ganglionnaire étudié sur les coupes en série. Alex. Pilliet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 juin 1891. — Présidence de M. Tarnier.

M. Marrotte complète sa communication de la dernière séance par quelques mots sur la *pleurésie catarrhale* ou fièvre catarrhale pleurétique, qu'il regarde comme une forme de la famille des maladies grippales. L'affection se compose d'une série d'accès débutant ordinairement l'après-midi, avec frissons, toux sèche, point de côté et épanchement pleural léger. Tout disparaît le lendemain matin pour réapparaître ainsi l'après-midi. Cela dure de 3 à 4 semaines et diminue sous l'influence surtout du sel ammoniac.

M. V. Cornil fait une communication *sur les greffes et inoculations du cancer*. — Il rappelle les efforts faits pour obtenir la greffe des tumeurs cancéreuses dans les tissus sains, question à laquelle est étroitement liée celle de l'étiologie du cancer qu'on soupçonne être de nature parasitaire. Des essais en ce sens ont été faits par MM. Goujois, Onimus et Legros. M. Hanau y est arrivé sur des animaux de même espèce, ainsi que le Dr Morau, qui a pu reproduire l'épithélioma à cellules cylindriques de la souris en injectant sous la peau d'animaux sains, de la même espèce, le suc laiteux de la tumeur. La greffe et l'inoculation du cancer peuvent donc réussir sur des individus de même espèce ou sur l'animal porteur d'une tumeur à qui l'on pratique une greffe ou une inoculation. L'orateur communique alors deux observations que lui a fournies, il y a quatre ans, un chirurgien étranger, dont il veut taire le nom, et qui ont trait à l'homme cette fois. La première observation est celle d'une femme atteinte d'une grosse tumeur du sein. Le chirurgien, après ablation de cette tumeur, en inséra dans l'autre sein, pendant le sommeil chloroformique et avec toutes les précautions antiseptiques, un petit fragment. La peau se cicatrisa par première intention et il n'y eut aucune inflammation au niveau de cette greffe. Mais bientôt on sentit un nodule induré qui, deux mois après, fut enlevé par le même chirurgien et qui était du volume d'une amande.

M. Cornil qui eut à examiner les fragments des deux tumeurs a reconnu leur identité. Il s'agissait d'un sarcome fasciculé. La greffe offrait un grand nombre de cellules en karyokinèse comme dans les tumeurs en voie de développement rapide. Il y a donc eu là greffe évidente d'une tumeur bien déterminée. Le tissu greffé n'avait pas vécu comme un parasite, mais ses vaisseaux s'étaient anastomosés avec ceux du voisinage, ses cellules avaient pénétré dans les tissus environnants et provoqué leur transformation en sarcome. La malade mourut peu après d'une affection intercurrente. A l'autopsie on ne trouva trace de sarcome nulle part, ni dans les ganglions, ni dans les viscères, ni dans les os. On peut évidemment plaider ici contre la greffe la prédisposition d'un malade, déjà porteur d'une tumeur, à présenter d'autres néoformations secondaires. Evidemment la greffe prendra mieux dans ces conditions, mais M. Morau a démontré qu'elle pouvait prendre aussi chez les individus sains de même espèce. Dans l'observation précédente, il paraît évident que ce n'est pas un nodule secondaire, mais bien une véritable greffe. La seconde observation concerne également une tumeur du sein. Même insertion de tissu néoplasique sous le sein non malade, après l'ablation de l'autre. La greffe eut la même évolution — et au bout de quelques semaines on constata un nodule qui évolua comme un néoplasme. Il s'agissait d'un épithéliome tubulé — mais la malade, ne voulant pas se soumettre à l'ablation de la tumeur développée par la greffe, quitta l'hôpital et n'a pu être suivie. Son observation est donc moins démonstrative que l'autre. En résumé, cela prouve qu'un fragment de tumeur sarcomateuse ou cancéreuse humaine, mis en contact avec les tissus normaux de l'individu porteur de la tumeur, peut s'y fixer, s'y développer et s'y transformer en néoplasme, en un mot qu'il y a une véritable greffe de tissu néoplasique et même de cellules. Des cellules d'une néoplasie abdominale ou pleurale, détachées de la surface, pourront ainsi se greffer sur d'autres points normaux de la tumeur avec lesquels elles se trouveront en rapport. L'hypothèse de greffe des pathologistes devient ainsi une réalité. C'est un procédé de généralisation.

M. Le Fort proteste au nom de la morale contre l'expérience faite par le chirurgien étranger.

M. Cornil répond qu'il n'a nullement l'intention de le justifier.

M. Proust donne lecture de l'analyse d'un mémoire du Dr Koenig sur l'*artério-sclérose et les affections oculaires qui en dépendent*. Celles-ci sont nombreuses et se présentent surtout sous les formes d'hémorrhagies de la rétine, de la choroïde, du nerf optique et des membranes d'enveloppe. Les veines sont également sclérosées et le siège de dilatations ampullaires. A la place de rétinite albuminurique, qui ne convient pas à toutes les complications rétiniennes survenant dans les différentes néphrites, l'auteur propose les termes de rétinite brightique et néphrétique. La rétinite révélant la néphrite interstitielle peut se montrer sous plusieurs formes et précéder tout autre symptôme. L'ophtalmoscope permet souvent de distinguer les rétinites appartenant à la néphrite interstitielle de celles de la néphrite parenchymateuse, où la dégénérescence épithéliale du rein coïncide avec des taches blanches de

la rétino. Enfin, parmi les troubles visuels d'origine centrale, l'auteur place encore la migraine ophtalmique.

Élections d'un membre titulaire dans la *Section d'Anatomie et de Physiologie*. La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit: 1° M. Chauveau; 2° M. Gréhant et *ex æquo* MM. Farabeuf, Hénocque, Poirier et Regnard.

P. Sollier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 19 juin 1891. — Présidence de M. E. Labbé.

M. Bucquoy montre à la Société un malade atteint de *lipomes multiples et symétriques*. Ces tumeurs sont situées sur la partie antérieure du cou; derrière les apophyses mastoïdes et les oreilles, à la nuque, sur la partie antérieure du tronc au-dessus de l'ombilic et au-dessus du pubis, sur la partie postérieure au niveau des lombes, à la partie la plus déclive du scrotum et à chaque bras. La jambe gauche est atrophiée par une sciatique ancienne. Ces tumeurs n'ont porté aucune atteinte à la santé générale. L'origine nerveuse de ces tumeurs paraît démontrée par leur symétrie même.

M. Rendu. — Ces lipomes sont assez fréquents, mais rarement aussi gros que ceux du malade de M. Bucquoy. J'admets comme lui l'origine nerveuse de ces tumeurs.

M. Galliard relate une observation de *rash scarlatiniforme chez un enfant atteint de varicelle.*

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 juin 1891. — Présidence de M. Terrier.

Traitement des fractures de la rotule.

M. Lucas-Championnière montre deux malades atteints de fracture de la rotule, traités l'un par la suture osseuse, l'autre par les appareils classiques.

Le malade, traité par la griffe de M. Duplay, a eu une fracture qui date de cinq mois. Il peut marcher, mais marche mal; il n'a pas d'extension et ne peut pas porter de fardeau. Ce n'est pas, d'ailleurs, un résultat bien mauvais; il y en a de plus mauvais à la suite du traitement par les appareils. — L'autre malade a subi, il y a vingt jours, une suture de la rotule pour une fracture de la partie moyenne de cet os. Celui-là, opéré depuis vingt jours seulement, marche très bien, en tous cas bien mieux que l'autre, et il a plus de soixante ans! — La comparaison de ces deux malades est extrêmement intéressante et cette présentation, destinée, comme le dit M. Championnière, à « illustrer » sa communication, est des plus suggestives. En tous cas, elle impressionne beaucoup les membres de la Société et le public qui assiste à la séance.

Pour ce chirurgien, la question de la thérapeutique des fractures de la rotule par la suture est jugée maintenant. Cette méthode, due à Lister, qui jadis a soulevé tant d'orages à la Société de Chiurgie, qui a fait dire à l'un des vieux membres de cette Compagnie que les chirurgiens qui la préconisaient étaient dignes de la cour d'assises, est cependant aujourd'hui encore critiquée en partie. On a fait des réserves, au nom d'une série de finasseries anatomiques, qui ne tiennent pas debout et ne reposent sur rien. Cette fameuse anatomie pathologique, basée *a priori* sur l'anatomie normale et la physiologie de la fracture, n'existe pas: tous ceux qui ont ouvert des genoux avec fractures de la rotule le savent bien. La véritable anatomie pathologique montre, au contraire, que tous les appareils ne peuvent servir absolument à rien. Tous ceux qui ont assisté à des arthrotomies pour cette lésion se demandent: Comment se fait-il que l'on puisse guérir sans intervention? La griffe de M. Duplay ne vaut rien, pas plus que la ponction. Il faut faire un grand trou pour y voir clair et enlever tous les caillots. Il est illogique de refuser à certaines fractures le bénéfice de la suture. Oh! si l'on considère l'arthrotomie comme grave, c'est une autre affaire! Si l'on ne sait pas la faire sans suppuration, certes il vaut beaucoup mieux ne pas toucher au genou.

Si certains malades, traités par des appareils, récupèrent les mouvements du genou en totalité, cela tient à ce que, à force d'efforts et de volonté, en dépit de leur chirurgien, ils arrivent à suppléer à la contraction du triceps qui se fait en vain, dans le vide pour ainsi dire, puisque le point d'appui sur le tibia n'est pas solide. Mais ce ne sont que de véritables acrobates; d'ailleurs, ils marchent avec une certaine peine et ne peuvent pas porter de fardeau. Un suturé, au contraire, revient complètement à l'état normal en quelques jours (30, 20, 10 jours) et descend facilement un escalier, ce qui est très difficile pour un fracturé non suturé. On a tort de dire que, quand la flexion manque, il faut faire l'extirpation de la rotule; cette flexion revient toujours si l'on sait attendre. En outre, la suture de la rotule doit se faire avec une certaine technique. Il faut des fils très gros et des fils métalliques; il est très facile de creuser des trous dans l'os pour les passer. Les fils ne coupent jamais les fragments, mais ils cassent s'ils sont trop fins. En somme, il faut suturer toutes les fractures de la rotule. M. Championnière trouverait, d'ailleurs, très naturel qu'on suturât de même bien d'autres fractures. On y viendra sûrement. Il n'y a guère qu'une contre-indication à cette suture: l'âge du sujet ou plutôt l'âge des organes du sujet. Il est évident que s'il s'agit d'un vieillard de 75 ans ou d'un adulte cachectique, il vaut mieux ne pas intervenir.

L'antisepsie est préférable à l'asepsie dans les opérations de ce genre, où il faut à tout prix ne pas avoir d'accidents post-opératoires.

M. Berger. — M. Championnière a exagéré en disant que les résultats étaient toujours mauvais après l'usage des appareils dans les fractures de la rotule. Chez les sujets jeunes, même avec un écart notable, on a de très bons résultats fonctionnels. Il a recherché à Bicêtre les vieillards qui avaient eu jadis des fractures de la rotule, 10 environ. Dans deux cas, il y avait intégrité fonctionnelle; dans quatre autres, la marche était gênée; dans les autres il y avait infirmité réelle. Sans acrobatisme et sans suture, les fracturés peuvent obtenir l'extension, monter et descendre des escaliers, porter des fardeaux. Toutefois M. Berger est peu partisan des appareils en général. M. Championnière, en préconisant à outrance la suture seule et en déclarant d'autre part qu'elle est difficile à faire, met dans l'embarras les médecins de province. Comment traiteront-ils, eux qui ne sauraient affirmer qu'ils n'auront jamais d'accidents, les fracturés de la rotule? Non, les appareils ont encore du bon et il faut réserver la suture à des cas très particuliers.

M. Kirmisson ne croit pas qu'il faille rejeter, sans autre forme de procès, les appareils. D'ailleurs rien ne prouve que le malade suturé, présenté au 20e jour, guérira très bien; d'autre part, il a un peu de liquide dans l'article, cet opéré! Qui dit qu'il ne fera pas d'arthrite, d'où atrophie du triceps?

M. Richelot appuie les remarques de M. Berger; il y a des fracturés non suturés qui jouissent du mouvement d'extension, qui peuvent monter et descendre un escalier. Ces bons résultats ne sont nullement exceptionnels. On connaît des cas historiques de fracturés montant à cheval, etc. M. Championnière dit que ce sont des acrobates; mais non! Ce sont simplement des hommes intelligents qui, à force de patience et d'efforts dirigés dans le même sens, ont pu triompher de leur infirmité. D'ailleurs le massage, l'électricité, peuvent les aider dans cette récupération du mouvement d'extension. Certes les appareils ne sont pas toujours bons: ils ne réunissent pas et immobilisent trop. M. Championnière est partisan, en fait de fracture de rotule, du tout ou rien. Certes, cela est défendable; mais il faut se souvenir que la moitié des cas guérissent bien sans opération. En résumé, la suture a ses indications, mais les autres traitements aussi.

M. Championnière. — M. Berger est éclectique de nature; pour moi, ce n'est pas là mon tempérament. Je crois qu'il vaut mieux avoir une opinion à soi. Certes, les appareils peuvent donner de bons résultats. Mais vous reconnaissez vous-même que ces bons résultats ne s'observent que très tardivement, qu'après des efforts inouïs! La suture au contraire guérit votre homme en 20 jours ou 30 jours. La chirurgie des appareils est trop irrégulière dans ses effets pour qu'on ne cherche pas mieux et il ne faut pas y revenir, quand on a mieux, sous prétexte de finasseries anatomiques. Il ne comprend pas la critique de M. Berger sur la difficulté de l'antisepsie en province! Il a

des élèves qui exercent en province et ont de superbes résultats! A M. Kirmisson, il répond que le malade présenté guérira radicalement, certainement, parce qu'il est le 35e d'une série dont tous les numéros antérieurs ont radicalement guéri. Il n'y a pas à comparer un instant la chirurgie sanglante et la chirurgie des appareils dans les fractures de la rotule, et la suture est ici supérieure au massage, qui vaut mieux d'ailleurs que l'immobilisation pour toutes les fractures.

M. Monod présente un jeune homme opéré d'*orchidopexie* avec un parfait résultat. Il a libéré avec grand soin le cordon, avant de fixer le testicule au fond des bourses.

M. Reynier présente un malade atteint d'absences, sans crises épileptiques, à la suite d'une ancienne *fracture du crâne*. Il a relevé un fragment enfoncé et ces absences ont disparu. Il persiste cependant une paralysie faciale unilatérale qui date de l'accident. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 24 juin 1891. — Présidence de M. P. Vigier.

Suite de la discussion sur la créosote officinale.

M. Champigny. — Pour M. Choay, l'erreur du Codex, quant à la densité, serait moins grande que ne l'a dit M. Catillon. La créosote est un mélange complexe, variable. La créosote officinale recueillie entre 200° et 210° est composée de : crésylol, de gaïacol et de créosol. La densité du crésylol est de 1064. Si ce corps est abondant dans la créosote, il peut abaisser sa densité aux environs de 1067 (densité indiquée par le Codex). M. Choay croit qu'on pourrait donner deux densités entre lesquelles pourrait évoluer la densité de la créosote. M. Catillon dit que la créosote est soluble en toute proportion dans la glycérine pure, de même que le gaiacol. D'après M. Choay, la créosote n'est pas toujours soluble de cette façon dans la glycérine, quoique étant de la créosote de bonne qualité. La plupart des auteurs n'admettent pas cette solubilité de la créosote dans la glycérine, d'autres même disent que l'insolubilité de la créosote dans la glycérine la différencie de l'acide phénique. D'après M. Choay, le crésylol est soluble en toute proportion dans la glycérine, le gaiacol est faiblement soluble et le créosol ne l'est pas. Donc la solubilité de la créosote dans la glycérine variera avec les éléments composants. Les parties distillant entre 200° et 205° sont solubles dans la glycérine, elles sont surtout formées de crésylol, celles distillant entre 205° et 210° (gaïacol et créosol) ne se dissolvent pas. M. Choay propose comme limites de la densité de la créosote 1067 et 1080.

M. Catillon. — Je n'ai pas dit que la créosote ne dût pas avoir une densité supérieure à 1,080 ; au contraire, j'ai proposé 1,080 comme le chiffre inférieur. Les créosotes bien rectifiées du commerce atteignent bien cette densité. Je fais de la solubilité dans la glycérine un critérium faisant reconnaître la créosote bien purifiée et ne contenant que peu ou pas de créosol. Les parties distillant entre 210° et 212° sont solubles en toute proportion dans la glycérine. Il ne faut pas confondre la solubilité en toute proportion avec la solubilité à parties égales. Etant données deux substances solubles à parties égales, le mélange ne doit pas se troubler si on ajoute de l'une ou de l'autre de ces substances ; voilà la solubilité en toute proportion. Une solution de créosote dans la glycérine se trouble par l'eau, tandis que la solution d'acide phénique dans la glycérine ne se trouble pas ; c'est un moyen de reconnaître la présence de la créosote ou de l'acide phénique.

M. Champigny. — Il y a des chances pour que la créosote distillant au-dessus de 205° contienne plus de créosol et soit par là moins soluble.

M. Delpeuch. — Pour le pharmacien, il est nécessaire de savoir quel est le produit ou la proportion de tels produits définis constituant une bonne créosote.

M. Dujardin-Beaumetz. — Depuis quelque temps, nous avons employé le mélange de M. Picot (de Bordeaux) : le gaïacol iodoformé. Les résultats ne sont encore que médiocres. Après les injections, la face des malades devient vultueuse et inondée de sueurs. On nous propose maintenant d'essayer les autres substances composantes de la créosote. L'ennui de la créosote, c'est qu'il faut injecter une très grande quantité d'huile. Les instruments employés sont très encombrants. A la place d'huile d'olive, j'ai employé l'huile de foie de morue stérilisée ; elle contient des ptomaïnes et produit des inflammations de la peau.

M. C. Paul. — L'absorption de la créosote par l'estomac est déplorable ; je l'ai remplacée par les inhalations. Je mets dans un flacon de la créosote et de l'eau en parties égales, et j'y fais barboter de l'air que respire le malade. J'ai eu de bons résultats que je n'ai pas éprouvés en me servant de gaïacol. Je crois que l'injection sous-cutanée n'est pas pratique. Je n'ai pas employé non plus l'iodoforme, car on sait que l'iodoforme n'agit pas sur le bacille de la tuberculose.

M. Delpeuch. — Dans les injections d'huile il ne faut pas ajouter de vaseline qui n'est pas absorbée par l'économie. Les accidents qu'a observés M. Dujardin-Beaumetz sont probablement dus à l'iodoforme.

M. Labbé. — Il y a un certain nombre de malades qui supportent bien l'ingestion par l'estomac de la glycérine créosotée. Il faut, je crois, augmenter tous les moyens d'absorption de la créosote. J'emploie pour cela la créosote en lavements, et je peux faire absorber ainsi un et deux grammes de cette substance. Je n'ai pas observé de diarrhée à la suite de ces lavements.

M. Dujardin-Beaumetz. — Je crois que c'est l'absorption par la peau qui est la meilleure ; le médicament s'élimine par toute la surface du poumon. La méthode de Gimbert ne produit aucun accident. Quand j'ai vu l'estomac si réfractaire à la créosote, je n'ai pas songé à la faire absorber par l'intestin.

M. C. Paul. — L'absorption par les inhalations se fait très bien. Les crachats se modifient très rapidement par l'absorption de la créosote. Les inhalations d'acide phénique guérissent très vite la gangrène pulmonaire.

M. Weber. — Je crois que la surface pulmonaire est plutôt exhalante qu'absorbante.

M. C. Paul. — L'oxygène s'absorbe cependant par le poumon L'absorption de la térébenthine, du chloroforme, des gaz, des vapeurs, se fait très bien par la surface respiratoire.

M. Patein. — La muqueuse pulmonaire est tantôt absorbante, tantôt exhalante, cela dépend de la différence entre la pression des gaz intra-lobulaires et la pression des gaz contenus dans le sang. A. Raoult.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 24 juin 1891. — Présidence de M. le Dr Chauveau.

M. le Dr Napias dépose un mémoire de M. Finance, peintre en bâtiment, sur *le blanc de zinc à substituer au plomb.*

M. Veisgerber, présente un travail sur des *analyses d'eaux minérales.*

Suite de la discussion du rapport sur la « déclaration des maladies contagieuses. »

M. Drouineau combat les idées développées dans la dernière séance par M. Nicolas : il croit qu'il est nécessaire de limiter la déclaration des maladies contagieuses à un certain nombre d'affections se développant avec rapidité, et qu'il est inutile d'y faire entrer la syphilis. Tout en demandant à ce que les médecins soient relevés de l'obligation du secret médical, il désirerait que ces prescriptions trouvent leur place, non pas dans la loi médicale, mais dans une loi sanitaire.

M. Brouardel. — La déclaration des maladies contagieuses doit être faite et doit être obligatoire, et une loi nouvelle doit en faciliter l'exécution. Mais on ne doit pas oublier que l'ancienne loi de 1822 permet de prendre de très bonnes précautions, quoiqu'elle ne vise que les maladies exotiques ; il faudrait donc en faire une pour les maladies indigènes. Dans toutes les lois sanitaires des autres pays on trouve la famille et le médecin. Si la famille est seule responsable c'est rendre la loi illusoire, car une maladie contagieuse n'est pas un fait, mais un diagnostic, et un médecin est seul capable de le faire. En prévenant l'autorité que telle personne a telle affection épidémique, le médecin ne trahit pas le secret médical : un médecin ne refuse pas de donner un certificat à un homme dangereux, à un aliéné, et il refuserait de dire à l'administration que tel malade a la rougeole ! Pourquoi ? Le médecin ne

peut-il pas bien plutôt être responsable des autres décès survenus, parce que, faute de ne pas vouloir prévenir l'autorité, l'épidémie se sera étendue? Si la déclaration est autorisée et est rendue obligatoire, on peut dire que 25 à 30.000 existences seront conservées annuellement au pays. Les résultats obtenus dans l'armée sont des plus concluants.

MM. NAPIAS, CHAUVEAU, POITOU-DUPLESSIS et BROUARDEL prennent part à la discussion. MARTHA.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 22 Juin 1891. — PRÉSIDENCE DE M. BROUARDEL.

M. le Pr PROUST, inspecteur général des services sanitaires, a ait la communication suivante sur la *situation de la santé publique à l'extérieur.* Au Hedjaz, l'Etat sanitaire de Médine est bon, malgré l'affluence des pèlerins qui y arrivent par caravanes. Celui de La Mecque est moins satisfaisant, à cause d'une fièvre palustre qui a notablement haussé le chiffre de la mortalité de la ville. La situation de l'Assyr est toujours suspecte. Camaran jouit d'une bonne situation sanitaire, et rien ne s'y est produit de suspect depuis le départ de Bombay du *Sculptor*. D'après la stastistique du 9 mars au 16 avril, le lazaret a reçu 10,010 pestiférés ou passagers provenant des Indes sur 14 navires à vapeur.

Le paquebot *Labrador*, venant de Colon et escales, est arrivé à Pauillac, le 13 juin, ayant perdu un homme de la fièvre jaune pendant la traversée. Il est intéressant de remarquer que c'était un homme du bord non acclimaté, qui, descendu une seule fois, a contracté la fièvre jaune pendant les quelques heures de son séjour à terre. La maladie a débuté le lendemain.

Le navire n'ayant pas d'étuve à désinfection a été soumis à trois jours de quarantaine. Les mesures de désinfection à l'étuve ont été prises à Paulliac et les parties susceptibles du navire ont été soumises à une désinfection rigoureuse. Un autre paquebot anglais de Potosi venant du Chili, de La Plata et du Brésil est arrivé à Pauillac ayant eu un décès de fièvre jaune pendant la traversée. Il s'agit d'un passager embarqué à Rio-Janeiro le 31 mai. Il fut pris des premiers accidents le 2 juin et succomba le 7. Cet homme n'avait séjourné que quelques jours à Rio-Janeiro. Le corps fut immergé, les vêtements et la literie passés à l'étuve. Il n'y a eu aucun autre accident à bord.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VI. — I preparati di cocaina; par le Dr ERIBERTO AJEVOLI.

VII. — Médication thermo-résineuse; par le Dr CHEVANDIER, (de la Drôme).

VIII. — De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile; par le Dr MONCORVO. — Paris, Berthier, éditeur.

IX. — Céphalalgie et massage; par le Dr NORSTRÖM. — Paris, Lecrosnier et Babé, édit., 1890.

X. — La question de l'intervention dans les abcés de la hanche; par le Dr JUDSON. (Ext. du *New-York Medical Journal*).

XI. — De la suspension dans l'ataxie locomotrice et dans deux cas de sclérose en plaques; par le Dr W. GOSSELIN. — Thèse de Paris, 1890. O. Doin, éditeur.

XII. — Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension. (*Medic. and surg. Reporter*, 13 avril 1889).

VI. — L'auteur fait l'historique de ce médicament, au point de vue clinique, physiologique et thérapeutique. Il recommande son emploi en injections hypodermiques dans les petites opérations (avec une solution à 5-10 0/0).

VII. — Cette médication consiste à maintenir le malade dans un milieu saturé de vapeurs de pin mugho portées à la température de 55° à 70°. L'auteur la recommande dans le rhumatisme subaigu et chronique, la goutte, le lumbago, la sciatique, les névralgies, le catarrhe des voies bronchiques, l'asthme, la phtisie, la cystite, la diarrhée, les affections cutanées, etc.

VIII. — Le strophantus est, d'après l'auteur, un médicament de choix à titre de cardiaque et de diurétique dans la thérapeutique infantile; son action est énergique et prompte, et il n'y a aucun danger à l'employer, même chez les enfants du 1er âge. Il a la même action tonique du cœur et diurétique que chez l'adulte dans les cas de lésions mitrales et tricuspidiennes et d'hyposystolie. Son usage est suivi de succès chez les enfants atteints d'affections pulmonaires, de broncho-pneumonie compliquées d'insuffisance cardiaque, surtout dans l'asthme. Son action persiste un certain temps, il n'agit ni sur le système nerveux, ni sur la température. Le docteur Moncorvo prescrit le strophantus sous forme de teinture alcoolique au 1/20e, à la dose de IV à XVIII gouttes dans les 24 heures, suivant l'âge des malades.

IX. — L'auteur rapporte 20 observations de céphalalgie, dont quelques cas avaient été réfractaires à toutes sortes de traitements, même à l'électricité, parfaitement guéris par le massage. Ces malades étaient atteints non de migraine proprement dite, mais de céphalalgie revenant par accès chez tous; l'auteur a retrouvé sur le trajet d'un ou plusieurs muscles du cou des indurations plus ou moins volumineuses, douloureuses à la pression, qui sont pour lui la cause de ces céphalalgies; elles siègent le plus souvent sur le splénius, le sterno-cléido-mastoïdien, le trapèze. On en rencontre aussi parfois dans le cuir chevelu .Toutes ces tuméfactions seraient, pour M. Norström, d'origine rhumatismale, et par leur compression sur les filets nerveux elles donneraient naissance aux céphalalgies en question. Cette douleur s'est retrouvée souvent à la pression, au niveau des troncs nerveux et des ganglions cervicaux du grand sympathique. Le massage doit être fait doucement; il ne faut pas se rebuter, car souvent il est nécessaire d'attendre un assez grand nombre de séances avant d'obtenir un résultat. Les cas les moins favorables sont les cas anciens, l'hystérie, la chloro-anémie, les céphalalgies continues.

X. — D'après l'auteur, il pourrait être utile d'agir dès le début et de nettoyer le périoste afin de conserver l'os; mais plus tard, si l'abcès est froid, sans réaction, il ne faut pas intervenir au moyen d'incision, quelque aseptique que soit l'opération. Pour le Dr Judron, l'orthopédie peut mener à bien ces abcès ossifluents; il cite deux cas à l'appui de sa thèse, où ces abcès ont disparu par l'immobilisation.

XI. — Les malades observés par l'auteur ont été soignés dans les services de MM. Damaschino et Ferrand, à l'hôpital Laënnec. Parmi ces cas, il y en a 8 d'ataxie locomotrice et 2 de sclérose en plaques. Sur les 8 tabétiques, 5 ont été notablement améliorés; chez les 3 autres, les douleurs fulgurantes ont diminué, mais les séances ont été suivies de tremblements, de douleurs gastralgiques, de parésie des membres supérieurs. Les deux malades atteints de sclérose en plaques ont éprouvé un bénéfice réel de la suspension; un d'eux a pu marcher un peu, ce qu'il ne faisait plus depuis longtemps.

XII.— A l'infirmerie des maladies nerveuses de Philadelphie, 14 malades ont été soumis à ce traitement. A la suite, ils ont de l'incertitude pendant environ une minute. Chez un malade seulement, on a eu des accidents: défaillance avec mouvements convulsifs, qui cessèrent quelques minutes après qu'on eut fini la suspension. On ne peut encore sur ces faits établir une opinion; dans ces 14 cas, il n'y a pas eu de soulagement marqué. A. RAOULT.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS. — Une loi du 10 avril 1891 (*Journal Officiel* du 11) autorise le département de Loir-et-Cher, conformément à la demande du Conseil général, à emprunter une somme de 70,000 francs remboursable en trente ans et applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois. Les fonds nécessaires au service des intérêts et de l'amortissement seront prélevés sur les bonis de l'asile et au besoin sur les ressources départementales.

HÔPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — *Mouvement pendant le mois de mai* 1891. — Le nombre de malades a été moins élevé que le mois précédent; il s'est constamment tenu au-dessous de 700. Le maximum n'est arrivé qu'à 691 le 14 et le minimum est tombé à 653 le 27. La moyenne s'est tenue entre 670 et 680.— *Concours pour une place d'interne en médecine.* Ce concours s'ouvrira à l'Hôpital civil (Pavillon des cliniques) le 9 novembre prochain. — *Concours pour quatre places d'externe en médecine.* Ce concours s'ouvrira le 12 novembre prochain. — *Concours pour une place d'interne préparateur en pharmacie.* Le 16 novembre prochain ce concours commencera. Il peut se faire que d'autres places deviennent vacantes d'ici à l'ouverture du concours. On peut se faire inscrire jusqu'à la veille, en fournissant les pièces exigées par le règlement. Pour tous renseignements s'adresser à la direction.

CORRESPONDANCE

L'insuccès de la Tuberculine de M. le Pr Koch comme remède.

Berlin, 21 avril 1891.

Monsieur le Rédacteur,

Plusieurs mois se sont déjà écoulés depuis le jour où M. le Pr Koch a mis son remède contre la tuberculose à la disposition de ses collègues. Le savant bactériologue formula naturellement quelques règles pour l'emploi de la tuberculine, mais crut pouvoir affirmer qu'en suivant exactement ses prescriptions on avait le droit de s'attendre à des guérisons certaines.

Que reste-t-il aujourd'hui de tous les résultats qu'il nous avait fait entrevoir ? Si tout autre que M. Koch avait introduit ce remède dans le monde scientifique, il serait probablement, dès à présent, tombé dans l'oubli.

L'enthousiasme premier vient d'être remplacé par une certaine froideur, et cependant M. Koch occupe une place si importante parmi les bactériologues allemands, ses travaux antérieurs ont une telle valeur scientifique, que cet insuccès, loin de décourager les expérimentateurs, les a engagés à instituer de nouvelles recherches. Sans vouloir anticiper sur leurs résultats, il paraît dès à présent utile de trouver la solution de ce problème : « Pourquoi la tuberculine n'a-t-elle pas répondu à ce que l'on attendait d'elle ? » Différentes expériences, faites sur des animaux, ont appris que l'introduction de microbes pathogènes dans l'organisme vivant est suivie d'une réaction fébrile. Si l'animal guérit, c'est grâce à cette réaction, qui aura opéré la destruction et l'élimination des bactéries.

M. Metchnikoff croit que ce procès de destruction repose sur l'action des phagocytes ; d'autres font jouer un grand rôle au sang et au sérum. Quoi qu'il en soit, il est probable que ces deux modes d'action sont d'une importance notoire en se complétant mutuellement. Il est clair que toutes les infections ne sont pas suivies de la même réaction : quelques-unes en occasionnent une forte, d'autres une plus faible ; d'autres enfin n'en occasionnent point du tout, parce que l'organisme est tué avant que la réaction ait pu se produire.

Si d'après le degré de la réaction produite par l'invasion des microbes on voulait classer les différentes maladies infectieuses de l'homme, d'après les chances de guérison qu'elles donnent, on remarquera que l'organisme humain est mieux en état de résister à telle maladie ayant une réaction forte, de durée relativement courte, qu'à telle autre, provoquant une réaction insignifiante, mais d'une durée indéfinie. Mais à quoi attribuer la différence de réaction dans ces deux groupes de maladies ? Par ses expériences bien connues sur « la destruction des microbes dans la fièvre, » M. Gameleia (1), qui est partisan des théories de M. Metchnikoff, sur la phagocytose, a tâché de découvrir la cause de l'élévation de la température accompagnant la destruction des microbes. Il prouve que l'excédent thermique ne peut être expliqué par les lois physiques, mais doit être en rapport avec la composition chimique des substances à digérer. Pendant cette digestion, il se produit une matière que M. Gameleia a pu extraire des rates d'animaux malades, sacrifiés pendant la fièvre, matière jouissant d'une action pyrétogène très prononcée. D'un autre côté, dans une publication récente, M. le Pr Van Fodor (2), de Buda-Pesth, fixe l'attention sur ce fait, qu'une élévation de la température du sang entre 38° et 40° est très favorable à la destruction des bactéries. Or, les résultats de ces deux séries d'expériences font comprendre que les chances de guérison augmenteront si la substance pyrétogène, produite pendant la digestion des macrophages, s'élabore en assez grande quantité pour occasionner cette élévation de température.

La forte réaction fébrile est donc la preuve que dans le premier groupe de maladies se trouvent réunies toutes les conditions nécessaires pour permettre à l'organisme de se débarrasser des bactéries nuisibles. Et la science, qui a découvert les diverses méthodes de destructions bactériennes, se complétant entre elles, est d'accord en ceci avec les résultats

(1) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1888, mai, p. 229.
(2) *Centralblatt für Bacteriologie*, etc., 1890, VII, n° 24.

de la statistique et l'expérience des siècles. Le manque de la forte réaction dans le second groupe, prouve que l'élément nécessaire à la produire fait défaut. Il sera rationnel, en tenant compte des observations mentionnées, de rechercher la cause de cette absence dans la faiblesse qualitative ou quantitative de la matière pyrétogène.

La faiblesse qualitative dépendra de la nature des bactéries ; la faiblesse quantitative dépendra, soit d'une digestion moindre des macrophages, soit du nombre plus restreint des bactéries introduites. De nouvelles expériences seront nécessaires pour résoudre cette question ; mais vu le commencement et l'évolution des maladies chroniques, il semble prudent, pour le moment, d'admettre qu'il y a un rapport entre le nombre des bactéries et la quantité de la matière pyrétogène produite.

Ce qui est vrai en général pour les maladies d'une durée indéterminée, l'est aussi pour la tuberculose, maladie qui, au point de vue de l'étiologie et de la symptomatologie, est la mieux étudiée. Et l'on comprend aisément que jusqu'à présent toutes les tentatives pour en obtenir la guérison se sont heurtées à cette pierre d'achoppement : l'impossibilité de débarrasser l'organisme des bacilles.

En reprenant à son tour la question de la guérison de la tuberculose, M. Koch comprit qu'il était temps d'abandonner la route suivie par ses prédécesseurs, et tâcha d'ouvrir une voie nouvelle par laquelle il serait possible de la combattre avec succès.

Se basant sur le fait qu'une forte réaction fébrile est une preuve certaine de ce que, dans l'organisme atteint d'une maladie infectieuse, toutes les données se trouvent réunies pour le débarrasser des bactéries, il eut l'idée originale et géniale d'injecter aux malades une substance pyrétogène obtenue par une culture de bacilles tuberculeux morts, afin de changer l'état maladif chronique avec réaction faible en un état aigu avec réaction forte. Bien que des observations cliniques (1) aient fait voir qu'une maladie infectieuse et aiguë soit capable de guérir le procès tuberculeux, M. Koch, en employant pour son remède les bacilles mêmes de la tuberculine, évitait d'ajouter à l'organisme déjà malade les produits d'une autre infection ; ce qui théoriquement est fort juste, vu que le tuberculeux est très sensible à l'action des substances provenant d'autres microbes.

Lorsque M. Koch et les médecins auxquels il confia son remède commencèrent leurs injections, tout se passa d'abord comme M. Koch l'avait prévu : à une réaction forte se joignit une amélioration locale prononcée et surtout dans les cas de lupus on croyait obtenir une guérison définitive. Mais bientôt la scène changea : plus de réaction, ni générale, ni locale ; et au bout de quelques mois on constata, dans la plupart des cas, ou bien que l'état restait stationnaire, ou bien que la guérison ne se maintenait pas.

L'organisme s'était accoutumé à la tuberculine. Mais pourquoi ? Jusqu'à présent on ne sait au juste pourquoi et comment un organisme contracte l'accoutumance ; seulement on peut constater que cette particularité de l'homme envers la tuberculine n'est pas un fait à part, mais qu'elle se range parmi les faits découlant des expériences que M. Gameleia (2) a instituées avec les cultures stérilisées du Vibrio Metchnikoff. Ce savant remarqua que les animaux, soumis à l'injection de la matière pyrétogène de ces cultures, se comportaient de deux manières. Il y en avait qui continuaient à réagir après chaque injection, tandis que d'autres s'habituaient bientôt au poison. Cette question de l'accoutumance est de première importance quand on veut mesurer la valeur thérapeutique d'un remède pyrétogène comme la tuberculine. Si la tuberculine doit guérir, elle doit occasionner dans l'organisme une série de réactions, qui, en se complétant, produiront l'élimination complète des bacilles et mettront l'organisme en état de réparer les désordres locaux. Mais comme dans la plupart des cas, avant que la guérison ne soit obtenue, la réaction ne se montre plus, la tuberculine, dont les principes d'application reposent sur des

(1) *British med. Journal*, 24 janvier 1891. Observation du Dr Laurence. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 2 avril 1891, n° 14 Dr Chelmouski. *Ueber den Einfluss, acuter fieberhafter Erkrankungen auf den Verlauf der chronischen Lungetuberculose* ; et bien d'autres, surtout par des observateurs anglais.
(2) *Annales de l'Institut Pasteur*, 1889, octobre, p. 542.

données théoriques pures, ne peut être considérée comme un remède sûr et infaillible, et ne pourra trouver d'emploi que dans un petit nombre de cas.

C'est à dessein que je n'ai pas parlé des suites fâcheuses que beaucoup d'observateurs considèrent, et avec raison, comme le résultat de la tuberculine, pour mettre en relief que l'insuccès de son application n'est pas dû aux suites fâcheuses qu'elle a provoquées, mais seulement à ce qu'elle n'est pas en état, vu sa composition et l'accoutumance de la nature humaine, de répondre aux espérances de M. Koch. Tout ceci n'empêche pas la découverte de rester d'une grande importance. Elle fait prévoir qu'un jour, bien que cette première tentative ait échoué, on trouvera une substance capable d'accomplir la tâche qui est au-dessus des moyens de la tuberculine.

Veuillez agréer, Monsieur, etc.

Dr Voute (Amsterdam).

THÉRAPEUTIQUE

Nourriture complémentaire de l'enfant pendant l'allaitement. — Préparation au sevrage.

L'alimentation domine l'hygiène de la première enfance comme la digestion domine et règle en quelque sorte toutes les fonctions à cet âge. Point n'est besoin de démontrer que, bien dirigée, elle rend les enfants forts et vigoureux; mal conduite, elle amène leur dépérissement et détermine souvent leur mort. Nous nous occuperons dans les considérations qui vont suivre, non du régime, mais de l'aliment lui-même et de certaines préparations qui jouent un rôle complémentaire dans l'alimentation, en laissant de côté tout ce qui est relatif à l'histoire naturelle et physiologique des aliments.

Lorsque, pour une cause quelconque, le lait maternel vient à faire défaut, on lui substitue le lait de vache ; mais la caséine qu'il contient n'est pas de même nature que celle du lait de femme qui, dans le suc gastrique, se coagule en petits filaments, tandis que la caséine du lait de vache forme un caillot compact; elle est d'ailleurs trop abondante, et le lait de vache ne convient qu'à un enfant de 8 à 10 mois; le coupage dont il est l'objet pour les jeunes nourrissons, tout en ramenant la caséine dans de justes limites, n'amende pas la nature de sa coagulation et présente l'inconvénient de diminuer de moitié sa richesse en beurre, sucres et phosphates. Il vaudrait mieux, dans ce dernier cas, recourir au lait de poule composé de jaune d'œuf étendu d'eau sucrée.

L'œuf, en effet, constitue un aliment complet au même titre que le lait, puisque sous sa mince enveloppe calcaire, il renferme tous les matériaux nécessaires à l'existence du nouvel individu qui puise dans le jaune la substance de ses muscles et de ses os.

La valeur alimentaire du jaune d'œuf est sept fois plus grande, mais le sucre de lait y fait complètement défaut ; toutefois, si à cinq jaunes d'œuf on ajoute 600 grammes d'eau bouillie contenant 40 de lactose ou de maltose, on obtient un lait qui vaut le lait maternel pour l'alimentation.

Mais quand le nourrisson a pris des dents et que ses muscles se sont développés, il arrive un moment où le lait maternel et le lait de poule sont insuffisants ; il faut alors à l'enfant une alimentation plus azotée, plus condensée, contenant moins d'eau, mais aussi riche en phosphate de chaux, en éléments hydrocarbonés que le lait lui-même.

Jusqu'en ces derniers temps, aucune préparation alimentaire ne pouvait prétendre résoudre ce problème. En effet, toutes les farines, fécules et semoules présentent ce grand inconvénient de donner à la cuisson une masse d'empois trop lourde pour l'estomac de l'enfant et de ne renfermer qu'une proportion insuffisante de phosphate de chaux.

C'est alors que l'on peut recourir, avec avantage, à l'usage d'aliments tels que le malt et le jaune d'œuf qui, par leur composition, peuvent être assimilés au lait maternel. D'une part, le *blé* malte où se transforment pendant la germination les aliments destinés à nourrir la jeune plante, fournit à l'enfant un sucre spécial et un gluten très divisé tout préparé pour développer ses membres ; d'autre part, le jaune d'œuf procure au nourrisson les aliments gras nécessaires à l'entretien de sa chaleur, le phosphate de chaux utile à ses os et une albumine qui se précipite en filaments légers.

Dans le jaune d'œuf, les corps gras, la protéine et le phosphate de chaux se trouvent dans un état plus parfait que dans le lait lui-même, puisque, sans digestion préalable, ces éléments se métamorphosent spontanément chez le jeune oiseau en muscles, en graisse et en os.

MM. les Drs Bouchut et Blache sont très partisans de cette association du malt et du jaune d'œuf, et c'est après avoir entendu parler ces savants praticiens sur ce sujet, que M. Defresne, dont la compétence sur la digestion et la digestibilité des aliments est incontestable, prépara, sous le nom de *Farine Maltée*, un mélange de jaune d'œuf frais et de malt de blé, dans des conditions telles que les éléments azotés, hydrocarbonés et minéraux sont entièrement dans le même rapport que dans le lait maternel.

Nous avons sevré notre enfant avec cette *Farine Maltée* et nous l'avons employée, avec succès, dans des circonstances difficiles.

Il n'est peut-être pas sans intérêt de rapporter ici quelques observations cliniques dont la lecture fera encore mieux ressortir les qualités de la *Farine Maltée* comme nourriture complémentaire de l'enfance.

Première observation. — Je fus consulté l'été dernier par une jeune femme qui s'étonnait que sa petite fille, âgée de dix mois, présentât les signes d'une grande faiblesse dans les jambes malgré sa belle apparence. En effet, l'enfant était bouffie par la graisse ; avait les chairs molles et pâles ; elle ne pouvait, même soutenue par les bras, se tenir sur ses jambes; les pieds avaient une tendance à prendre la disposition du pied bot varus ; la tête penchait à droite ou à gauche et paraissait trop lourde pour les muscles occipito-dorsaux. Suivant l'expression de la mère, « l'enfant était toujours triste. » Je n'hésitai pas à voir chez cette enfant les conséquences d'une alimentation incomplète qui avait développé son tissu cellulo-adipeux au détriment de sa musculature et de son ossature. J'appris que, primitivement nourrie au sein jusqu'à six mois, l'enfant avait été mise au biberon ; puis, sur le conseil d'une amie, la mère lui donnait une bouillie de farine du commerce composée seulement de fécule et de sucre. Chaque changement de nourriture entraînait la diarrhée verte. Sans tarder, je mis le bébé à la « Farine Maltée de Th. Defresne » ; elle fut prise sans répugnance à la dose de une cuillerée de farine délayée avec quatre cuillerées d'eau bouillante ; cette dose fut peu à peu portée à quatre cuillerées de farine dans la journée. Aucun dérangement intestinal ne suivit son emploi. Aujourd'hui l'enfant a quinze mois ; ses chairs, de molles qu'elles étaient, sont devenues fermes et rosées; elle se tient sur ses jambes et va d'un meuble à l'autre en s'aidant du mur ; elle a huit dents, sans jamais de convulsions ; sa tête se tient parfaitement droite ; enfin, sa gaieté qu'elle traduit par de petits cris, fait la joie de ses parents et l'admiration de son entourage.

Deuxième observation. — Le jeune B... est nourri au biberon depuis sa naissance ; il avait onze mois quand je le vis pour la première fois, en 1890, pendant les chaleurs caniculaires. Il présentait un aspect assez chétif ; une diarrhée verte le minait depuis plusieurs semaines ; il était, en outre, aux prises avec le travail de la dentition ; ses plaintes continuelles trahissaient ses souffrances. Je conseillai à la mère de lui donner la *Farine Maltée* dont les résultats, dans d'autres cas, étaient si encourageants. Pour combattre la diarrhée, je lui donnai des pincées de magnésie calcinée et du rhum vieux coupé d'eau de Vichy. Le résultat ne se fit pas longtemps attendre : douze jours après, la diarrhée avait complètement disparu, et deux incisives avaient percé. La *Farine Maltée* fut continuée d'une manière régulière. Je revis le petit malade quelques mois plus tard ; il était alors âgé de vingt et un mois ; il n'avait plus eu aucun des accidents qui ont failli compromettre son existence ; il a marché à treize mois. Sa bonne mine me donna la curiosité de le faire peser ; la balance accusa près de trente livres ! — C'était assez démonstratif.

Troisième observation. — Deux familles créoles des Antilles arrivèrent l'automne dernier à Paris ; chacune avait un enfant en bas âge. Ces deux enfants, contrairement à la règle des pays chauds, n'avaient pas de dents, bien qu'ils fussent âgés l'un de sept mois, l'autre de dix mois. Ils mangeaient tous les deux une farine de provenance américaine, le *Corn Starch* (farine de froment). Le changement de climat ne tarda pas à altérer leur santé et une diarrhée inquiétante accompagnée de vomissements menaçait de les emporter. La *Farine Maltée*, de Defresne, me parut tout indiquée. J'ai eu lieu de m'en féliciter : aujourd'hui les deux enfants se portent à merveille ; ils ont pu passer leur premier

hiver, malgré sa rigueur excessive, sans rien présenter de particulier ; ils marchent et la dentition se fait régulièrement. L'un de ces enfants, âgé aujourd'hui de quinze mois révolus, pèse plus de vingt-six livres ; je n'ai pas eu occasion de peser l'autre.

Grâce à la *Farine Maltée Defresne*, nous évitons la transition brusque de l'alimentation au sein à l'alimentation ordinaire ; nous préparons l'enfant au sevrage, qui ne présente plus désormais aucun danger ; les enfants ne connaissent ni la diarrhée, ni les rougeurs aux fesses ; nous dirons même plus, ceux qui étaient débilités par la diarrhée verte se sont améliorés très rapidement par la substitution de la *Farine Maltée* au lait de vache. Ils sont, en outre, remarquables par la fraîcheur et la fermeté des chairs, la gaieté et la vivacité de leur allure. La poussée des dents se fait régulièrement et jamais nous n'avons constaté aucune déviation de la taille, accident auquel sont exposés les enfants nourris avec les fécules ou autres aliments incomplets.

Il n'y a même pas à hésiter à substituer la *Farine Maltée* au lait maternel, dès les premiers mois de la vie, quand l'enfant vient mal au sein ou lorsqu'il est prudent de ne pas compromettre la santé d'une nourrice mercenaire. Dans ce dernier cas, un de mes confrères, voyant un nourrisson de deux mois atteint d'entérite occasionnée par le lait de vache, lui substitua, avec succès, l'élevage à la *Farine Maltée* prise au biberon.

Dr DE VAUGENARE.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de Chirurgie (Tome V: *Face et cou*); par MM. A. BROCA, H. HARTMANN, HEYDENREICH et WALTHER. — Masson, éditeur, Paris, 1891.

Le 5e volume du *Traité de Chirurgie* est peut-être un des meilleurs, au point de vue de l'ensemble, de tous ceux qui ont paru jusqu'ici. Dû presque en entier à de jeunes chirurgiens, accoutumés déjà à semblable besogne, il est en tous cas un des plus intéressants, car une grande partie des chapitres ont été rédigés dans un sens très moderne. Ils sont presque tous irréprochables. Le plan suivi pourrait prêter le flanc à la discussion, car certaines affections, à la vérité très peu importantes, ont dû être passées sous silence par suite du mode de groupement adopté. Et, en particulier, la façon dont on a envisagé en bloc les maladies des glandes salivaires — au lieu de décrire bien à part ce qui concernait la parotide et la région parotidienne, — a fait négliger l'étude des tumeurs juxtaparotidiennes (1). Mais ce n'est là qu'une critique de détail.

Nous citerons d'abord la première partie comprenant les vices de développement de la face et du cou, traités fort simplement et très clairement par M. Broca, qui connaît d'ailleurs cette question à fond. Nous n'avons sur ce point qu'une remarque à faire. Pourquoi M. Broca n'a-t-il point fait rentrer, à l'exemple de M. Lannelongue, la cyclocéphalie et l'otocéphalie dans l'étude des arrêts de développement de la face ? Nous voulons bien admettre qu'il s'agit là de malformations au-dessus des ressources de l'art; mais, comme nous le disions déjà en analysant ici brièvement l'ouvrage de MM. Lannelongue et Ménard (2), il y a de sérieux inconvénients à laisser ainsi de côté, dans un traité de pathologie, certaines variétés de monstruosités qui en font mieux comprendre d'autres. M. Broca, dans une note qu'il ajoute à son article, s'excuse et prétend qu'il n'aurait point su écrire ce difficile chapitre. Excès de modestie, puisque le mémoire fondamental de M. Lannelongue sur ce sujet date de juillet 1890. Soyons franc et reconnaissons plutôt que c'est la routine qui est encore ici la grande coupable. On doit aussi à M. Broca la description des maladies de la face, des lèvres, de la cavité buccale, des gencives, du palais et du pharynx, de même que le chapitre qui a trait au corps thyroïde. Tout cela ne mérite que des éloges, surtout ce qui a trait au goitre. Ce qu'il était indispensable de dire a été dit. Rien de trop et pas de lacune.

Les maladies des mâchoires ont été rédigées par M. le Pr Heydenreich. Le principal reproche qu'on puisse faire à l'auteur est d'avoir un peu trop laissé dans l'ombre le fait qui semble dominer presque toute l'histoire des affections buccales, à savoir que cette cavité est même, à l'état normal, un véritable repaire de microbes pathogènes qui, à la moindre solution de continuité des parties molles, peuvent être la cause d'une foule de complications, mentionnées évidemment dans cet article, mais insuffisamment expliquées. Certes, les dents jouent un grand rôle, mais s'il n'y avait que des dents et point de microbes, les dentistes et les chirurgiens auraient beau jeu ! Nous ne voudrions pas avoir l'air de critiquer sans cesse, — on se lasse de tout, même des choses les plus agréables ! — mais on avouera qu'il est pénible de voir qu'en 1891 ce rôle si important des microorganismes buccaux soit encore en grande partie méconnu. Et cela à tel point que le mot est à peine prononcé ! On invoque toutes sortes de causes et on ne songe pas à celle-là ! Le fait est d'autant plus frappant qu'en ce qui concerne les maladies de la cavité buccale M. Broca l'a au contraire très bien mis en relief.

A M. Hartmann ont été confiées les affections du plancher buccal, des glandes salivaires, de l'œsophage et du larynx. Nous citerons principalement les articles suivants comme dignes d'une mention spéciale : le phlegmon gangréneux du plancher buccal, les kystes dermoïdes du plancher buccal, les calculs salivaires, etc.; puis, et surtout, les maladies de l'œsophage, avec l'intéressant chapitre ayant trait aux moyens d'aborder chirurgicalement cet organe, maladies qui vont bénéficier bientôt, nous n'en doutons pas, de la possibilité des interventions intra-stomacales et intra-thoraciques. Nous recommandons vivement la lecture de cet article, véritable monographie rédigée avec un très grand soin, absolument au courant et renfermant un résumé suffisant des recherches publiées à l'étranger. Mentionnons enfin le traitement du cancer du larynx, où se trouve décrit le procédé d'extirpation si élégant qui a si bien réussi entre les mains de MM. Terrier et Périer.

M. Walther a traité les maladies du cou. Cette dernière partie est aussi fort soignée ; peut-être aurait-elle pu être un p u plus tassée. A signaler les plaies des vaisseaux du cou, les phlegmons de cette région, le torticolis, etc., etc., étudiés à la lumière de tous les faits publiés. Tout cela semble résumer parfaitement l'état de la science à l'heure actuelle.

Ce volume contient aussi un très grand nombre de figures (170); un certain nombre sont anciennes et extraites du Traité de Pathologie externe de Follin et Duplay ; mais beaucoup d'entre elles sont originales et bien venues. L'exécution typographique reste irréprochable. Marcel BAUDOUIN.

(1) Ces tumeurs forment un groupe qui, réellement, a un aspect spécial et leur diagnostic présente un certain intérêt.

(2) Voir *Progr. méd.*, p. 353, 25 avril 1891.

VARIA

Association des Professeurs des Écoles de Médecine de France.

Vœux exprimés dans la réunion du 5 avril 1891, à Paris.

Les Directeurs et Délégués des Écoles de Médecine de France, préoccupés de la situation créée par le vote des lois sur le service militaire et sur l'exercice de la médecine, Considérant : que dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver, en les développant, les Écoles de médecine existantes ; que la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des Députés et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de 26 ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens ; Estiment que : 1o Les études des baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites ; 2o Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desiderata est le suivant : Dès la première année, études anatomiques et cliniques avec la sanction d'un examen de fin d'année ; deuxième année, études anatomiques et cliniques et physiologie, avec un examen probatoire à la fin de l'année ; troisième année, clinique et pathologie, avec la sanction d'un examen de fin d'année; deuxième examen probatoire à la fin de la quatrième année ; répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité. Ils réclament en outre : 1o La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, prosecteurs, aides d'anatomie), de passer quatre années dans les

Ecoles préparatoires avec équivalence des inscriptions, si cette faculté n'est pas donnée à tous ; 2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie, faisant leur service militaire, à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une Ecole de médecine et de pharmacie, et l'autorisation pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de ces Ecoles ; 3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Ecoles ; 4° La représentation des Ecoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'Instruction publique et au Conseil général des Facultés. Etaient présents : MM. Ledru (de Clermont) ; Blatin (de Clermont) ; Huguet (de Clermont) ; Lenoël (d'Amiens) ; Delabost (de Rouen) ; Brunon (de Rouen ; Bourienne (de Caen) ; Legludic (d'Angers) ; Farge (d'Angers) ; Turel (de Grenoble) ; Deroye (de Dijon) ; Maillard (de Dijon) ; Roland (de Besançon) ; Lefeuvre (de Rennes) ; Sainton (de Tours) ; Chrétien (de Poitiers).

Les Femmes Pharmaciennes.

La prohibition, relativement récente, que la nouvelle loi française s'efforce de faire disparaître en ce qui concerne les femmes pharmaciens, n'existait pas, d'ailleurs, dans notre ancienne législation.

Un mandement du roi Philippe VI, en date du 22 mai 1336, ordonne que « les apothicaires, leurs valets et les herbiers soumettent leurs denrées à l'examen des médecins de la Faculté. » Les statuts de celle-ci, rédigés en 1350, placent sur la même ligne « les chirurgiens et chirurgiennes, apothicaires et apothicairesses, herbiers et herbières », qui demeuraient indépendants de l'Université. Ces métiers pouvaient donc, au moyen âge, être librement exercés par les femmes. Nous revenons simplement, en 1891, aux coutumes d'il y a cinq siècles.

Congrès annuel de Médecine mentale.

PROGRAMME DE LA SESSION DE LYON 1891.

Lundi 3 *août* 1891 : A 2 heures : Première séance. Ouverture du Congrès. Nomination du Bureau. Discussion sur la 1re question à l'ordre du jour : *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.*

Mardi 4 *août* : A. — A 9 heures du matin : Deuxième séance. Discussion sur la 2e question : *De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs.* — B. — A 2 heures : Troisième séance. Discussion sur la 3e question . *De l'assistance des épileptiques.*

Mercredi 5 *août* : A. — Dans la matinée : Visite à l'Asile départemental des aliénés du Rhône (Bron). — B. — Dans l'après-midi : Visite à l'Asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu et à la Faculté de médecine.

Jeudi 6 *août* : Excursion et visite à l'établissement d'épileptiques de la Teppe, à Tain (Drôme). A l'aller : Descente du Rhône en bateau à vapeur ; retour en chemin de fer.

Vendredi 7 *août* : A. — A 9 h. du matin : Quatrième séance. Communications sur des sujets étrangers au programme.— B.— A 2 heures : Cinquième et dernière séance. Fixation du siège du prochain Congrès. Communications sur des sujets divers. Clôture du Congrès.

Samedi 8 *août* : Visite à l'Asile d'aliénés de St-Robert (gare de St-Egrève), près Grenoble. Déjeuner offert par l'administration. — M. le Dr Dufour, directeur de l'Asile, avec son personnel, se met à la disposition des membres du Congrès pour organiser des excursions à la Grande-Chartreuse et dans d'autres parties des Alpes dauphinoises. — Pendant la durée du Congrès, une soirée sera consacrée à une réception de M. le Maire de Lyon et une autre à un banquet par souscription. — Le Congrès siègera au Palais du Commerce (salle des réunions industrielles). Entrée sur la place de la Bourse. — Jusqu'à la veille du Congrès, prière d'adresser toute communication au Dr Albert Carrier, rue Laurençin, 13, Lyon.

Voici un extrait des règlements de ce Congrès :

Règlement. — ART. 1. — Un congrès de médecins aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France. Peuvent y adhérer non seulement les médecins Français, mais aussi les médecins des pays de langue Française. La durée du Congrès sera de six jours.

ART. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

ART. 3. — La première séance sera ouverte par le Président du bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en comité d'organisation de la nouvelle session. Immédiatement après l'ouverture de la séance, on procédera à la nomination d'un nouveau Président, de Vice-Présidents en nombre indéterminé, d'un Secrétaire général et de Secrétaires des séances. On nommera également des Présidents d'honneur.

ART. 4. — Le bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

ART. 5. — Les membres adhérents Français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Les délégués des administrations publiques Françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

ART. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

ART. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au Secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le Secrétaire en tiendra lieu.

ART. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

ART. 9. — Un compte-rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrés à l'impression. Tout mémoire qui n'aura pas été remis au Secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

ART. 10. — Le bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement. Il constitue le comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où il doit se réunir.

Service de santé Militaire.

Période d'instruction des médecins réservistes et territoriaux.

Une vingtaine de médecins de la réserve et de l'armée territoriale viennent d'accomplir à Paris une période d'instruction militaire de 28 et 13 jours. Une série de conférences et de démonstrations leur ont été faites à la fois à la caserne et à l'hôpital. Ils ont été également initiés au mécanisme du fonctionnement du service de santé à la caserne et à l'hôpital qu'ils ont pu étudier *de visu* et facilement saisir, grâce aux explications des deux médecins-majors de première classe qui avaient été désignés pour être leurs instructeurs. Ces messieurs se sont acquittés de cette tâche bien fastidieuse pour eux, avec une bienveillance et une amabilité dont tous leurs auditeurs leur ont su un gré très réel. Nous pensons intéresser plusieurs de nos lecteurs devant être appelés d'un moment à l'autre pour une période d'instruction, en publiant le programme de l'instruction technique donnée aux médecins de l'armée territoriale durant leur période d'instruction. Ce programme est d'ailleurs officiel, il a été établi par arrêté du 8 mars 1890. Le programme des médecins de réserve comporte les mêmes matières étudiées en 28 jours au lieu de 13 seulement. Celui que nous publions ci-dessous a été disposé pour permettre aux médecins de faire en plus des visites aux magasins du matériel et des approvisionnements du service de santé et d'assister à des expériences d'aménagement des wagons de marchandise pour le transport des brancards, ainsi qu'au chargement et au déchargement de ceux-ci. Le *matin* les séances ont eu lieu de 8 heures à 10 heures et le *soir* de 2 heures à 4 heures.

Premier jour. — Arrivée. Visites. — *Soir.* Rien.

2e *jour.* — *Matin.* Visite médicale régimentaire. Fonctionnement du service de santé dans les corps de troupe à l'intérieur. Matériel de l'infirmerie régimentaire. Recrutement de l'armée. Incorporation. Vaccination. Visite du casernement. — *Soir.* Fonctionnement du service de santé dans les hôpitaux à l'intérieur. Visite de l'hôpital (bureau des entrées, vestiaires, magasins, etc.). Epidémies. Fièvre typhoïde. Dysenterie. Choléra. Fièvres éruptives. Mesures phophylactiques. Désinfections, etc. Etuve à désinfection. Pulvérisation, etc.

3e *jour.* — *Matin.* Visite médicale régimentaire. Fonctionnement du service dans les corps de troupe à l'intérieur. Cuisines. Denrées. Eau. Filtres. Certificats. (Convalescence. Réforme). Manœuvre des brancardiers. — *Soir*, mêmes sujets que la veille.

4e *jour* (dimanche). — *Matin.* Visite médicale régimentaire. — *Soir.* Rien.

5e *jour.* — *Matin.* Visite médicale régimentaire. Fonctionnement du service de santé dans un corps de troupe en campagne. Hygiène de la marche. Matériel du service de santé en campagne. Litières. Cacolets. Voitures de transport de blessés, leur chargement. — *Soir.* Fonctionnement du service de santé dans un hôpital intérieur. Matériel d'ambulance. Visite du matériel du service de santé entreposé aux docks de l'administration, boulevard de Latour-Maubourg.

6e *jour.* — *Matin.* Visite médicale régimentaire. Fonctionnement du service de santé dans un corps de troupe en campagne. Purification de l'eau. Hygiène des camps. Feuillées, etc. Infirmiers et brancardiers régimentaires. Postes de secours. Exercices en terrain varié. (Postes de secours, ambulanciers). — *Soir.* Fonctionnement du service de santé en campagne. Ambulances. Infirmiers. Brancardiers d'ambulance. Détachement du train. Matériel d'ambulance.

7e *jour.* — *Matin.* Visite médicale régimentaire. Fonctionne-

ment du service de santé dans les hôpitaux à l'intérieur. Visite de l'hôpital (bureau des entrées, vestiaire, cuisine, magasins, etc.) Epidémies. Fièvre typhoïde. Dysenterie. Choléra. Fièvres éruptives. Mesures prophylactiques. Désinfection. Etuve à désinfection. Pulvérisateur. — *Soir.* Fonctionnement du service de santé en campagne. Hôpitaux de campagne. Hôpitaux à destination spéciale. Matériel d'un hôpital de campagne.

8e *jour.* — *Matin.* Visite médicale à l'hôpital militaire, 7 h. 45. — *Soir.* Manœuvres des litières et cacolets à l'hôpital militaire.

9e *jour.* — *Matin.* Visite médicale à l'hôpital militaire. — *Soir.* Fonctionnement du service de santé en campagne. Hôpitaux d'évacuation. Trains sanitaires. Matériel d'un hôpital d'évacuation. Matériel des trains sanitaires.

10e *jour* — *Matin.* Visite médicale à l'hôpital militaire. — *Soir.* Manœuvre de l'appareil à suspension du système Bry, à la gare de Lyon-Bercy.

11e *jour*, dimanche. Rien.

12e *jour.* — *Matin.* Visite médicale à l'hôpital militaire. — *Soir.* Fonctionnement du service de santé en campagne. Infirmeries de gare. Société de secours aux blessés. Convention de Genève. Montage et démontage des tentes et baraques.

13e *jour.* — *Matin.* Inpection. Visites. (*Méd. Mod.*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 29. — Examens à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Guebhard, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Weiss. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* : MM. Lutz, Blanchard, Weiss. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, A. Robin, Marie. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. (Hôtel-Dieu) : MM. Marc Sée, Reynier, Ricard, Tillaux, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Chauffard

MARDI 30. — Examens ayant lieu à 9 h. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Villejean, Guebhard. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Pouchet, Blanchard. — (3e *Série*) : MM. Lutz, Hanriot, Weiss. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* : MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Farabeuf, Polaillon, Remy. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Guyon, Humbert, Bar. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. (Charité) : MM. Le Fort, Campenon, Nélaton. — (1re partie) (Charité) : MM. Duplay, Le Dentu, Maygrier. — (2e partie) (Charité) : MM. G. Sée, Cornil, Quinquaud.

MERCREDI 1er. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Pouchet, Blanchard. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Henriot, Guebhard. — (3e *Série*) : MM. Baillon, Weiss, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Villejean, Fauconnier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tillaux, Segond, Tuffier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Marc Sée, Ribemont-Dessaignes, Ricard. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Hayem, Brissaud, Netter. — (2e *Série*) : MM. Grancher, Chauffard, Marie.

JEUDI 2. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Guebhard, Villejean. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Hanriot, Weiss. — (3e *Série*) : MM. Lutz, Pouchet, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Blanchard, Fauconnier. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Weiss, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier.

VENDREDI 3. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Blanchard, Villejean. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Guebhard. — Examens ayant lieu à 1 heure. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Blanchard, Weiss. — (2e *Série*) : MM. Gariel, Villejean, Pouchet. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Segond, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Chirurgie. (Charité) : MM. Tillaux, Terrillon, Tuffier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Brissaud, Déjerine. — (2e *Série*) : MM. Grancher, Straus, Netter.

SAMEDI 4. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Villejean. — (2e *Série*) : MM. Gautier, Guebhard, Blanchard. — (3e *Série*) : MM. Baillon, Weiss, Fauconnier. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Guebhard, Villejean. — (2e *Série*) : MM. Baillon, Pouchet, Weiss. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Remy, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie). Obstétrique. Clinique d'accouchement, rue d'Assas : MM. Tarnier, Maygrier, Bar. — Chirurgie. (Hôtel-Dieu) : MM. Le Dentu, Humbert, Campenon. — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Quinquaud, Gilbert. — 3e définitif d'officier de santé (Hôtel-Dieu) : MM. Laboulbène, Schwartz, Nélaton.

Thèses de la Faculté de Médecine.

MERCREDI 1er. — M. Jaeger. Les dispensaires d'enfants malades. — M. Bourgogne. Conduite à tenir pendant la délivrance dans l'avortement. — M. Tuilant. De la névrite puerpérale. — M. Martigny. Etude sur un cas de molluscum du col utérin.

JEUDI 2. — M. Prioux. Contribution à l'étude du pouvoir antiseptique des dérivés de l'aniline et de leur valeur thérapeutique. — M. Toulouse. Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme. — M. Tsintsiropoulos. La médecine grecque depuis Asclépiade jusqu'à Galien. — M. Coquereau. Contribution à l'étude de la désinfection des chiffons. — M. Decoux. De la paralysie faciale hystérique. — M. Audain. De l'hémostase préventive dans les opérations chirurgicales. — M. Dominguez. Contribution à l'étude des kystes de l'épididyme. — M. Gresset. Etude sur la station et les eaux minérales de Miers. — M. Charon. Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence.

Enseignement médical libre.

Cours de gynécologie. — M. le Dr DOLÉRIS, cours en 18 leçons, 12, rue de Navarre, les mardis, jeudis et samedis suivants à 4 heures.

Enseignement municipal supérieur.

Clinique médicale. — M. le Dr LANDOUZY (hôpital Laënnec), le jeudi 30, à 10 heures. — M. le Dr RENDU (hôpital Necker), le jeudi, à 10 heures.

Conférences cliniques des Hôpitaux du Midi et de Lourcine. — MM. MAURIAC, BALZER, HUMBERT, DE BEURMANN, RENAULT et POZZI. Conférences cliniques : La *première* réunion a eu lieu à l'*Hôpital du Midi*, le mercredi 15 avril, à 9 heures 1/2 ; la *seconde*, à l'*Hôpital de Lourcine*, le mercredi 22 et ainsi de suite alternativement dans chacun de ces deux hôpitaux.

Conférences de clinique infantile (Hôpital Trousseau). — M. le Dr SEVESTRE : jeudi à 4 heures. — M. LEGROUX : mercredi à 9 h. 1/2.

Clinique infantile. — M. le Dr SIMON, le mercredi, à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Clinique chirurgicale et gynécologie. — M. RICHELOT (Hôpital Tenon), le lundi, à dix heures du matin, salle Richard-Wallace.

Clinique chirurgicale infantile. — M. le Dr de SAINT-GERMAIN (Hôpital des Enfants-Malades, le jeudi, à 9 heures.

Maladies des voies urinaires. — M. le Dr HORTELOUP (Hôpital Necker) : le dimanche, à 9 h. 1/2.

Clinique et thérapeutique. — M. Henri HUCHARD (Hôpital Bichat), le dimanche à dix heures très précises.

Maladies mentales. — M. le Dr SÉGLAS, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, le vendredi, à 2 heures de l'*après-midi.*

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 14 juin 1891 au samedi 20 juin 1891, les naissances ont été au nombre de 1236 se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 443 ; illégitimes, 165, Total, 608. — *Sexe féminin* : légitimes, 457 ; illégitimes, 171, Total, 628.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 juin 1891 au samedi 20 juin 1891, les décès ont été au nombre de 887 savoir : 475 hommes et 412 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 1, F. 6, T. 7. — Variole : M. 0, F. 0, T. 0. — Rougeole : M. 15, F. 10, T. 25. — Scarlatine : M. 1, F. 2, T. 3. — Coqueluche : M. 5, F. 3, T. 8. — Diphtérie, Croup : M. 10, F. 8, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00, T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 105, F. 66, T. 161. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 11, T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 6, T, 8 — Tumeurs malignes : M. 21, F. 34, T. 55. — Méningite simple : M. 16, F. 14. T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 19, T. 35. — Paralysie, M. 2, F. 5, T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 8, T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 26, F. 21, T. 47. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 11, T. 28 — Bronchite chronique : M. 12, F. 9, T. 21. — Broncho-Pneumonie : M. 10, F. 12, T. 21. — Pneumonie : M. 7, F. 18, T. 25. — Gastro-entérite, biberon, M. 29, F. 22, T. 51. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 5, T. 10. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2, T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3, T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4, T. 4. — Débilité congénitale : M. 9, F. 13, T. 22. — Sénilité : M. 12, F. 20, T. 42. — Suicides : M. 16, F. 5, T. 21. — Autres morts violentes : M. 5, F. 4, T. 8. — Autres causes de mort : M. 110, F. 71, T. 181. — Causes restées inconnues : M. 1, F. 1, T. 2.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 69, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 18. Total : 46. — *Sexe féminin* : légitimes, 15, illégitimes, 8. Total : 23.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours du clinicat médical.* Juges : MM. G. Sée, Potain, Peter, Cornil, Dieulafoy. Candidats : MM. Lyon, Lion, Vaquez. Toutes les séances auront lieu à l'Hôtel-Dieu à 9 heures. — *Concours du clinicat des maladies nerveuses.* Juges : MM. G. Sée, Peter, Potain, Cornil, Dieulafoy, Debove. Candidat : M. Dutil. Les épreuves auront lieu à l'Hôtel-Dieu et à la Salpêtrière. — *Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques.* Juges : MM. G. Sée, Potain, Peter, Fournier, Cornil, Dieulafoy. — Candidats : MM. Hudelo, Wickham. — *Clinicat chirurgical.* Juges : MM. Verneuil, Panas, Duplay, Lannelongue, Tillaux. Candidat : M. le Dr Delbet. Toutes les épreuves se feront mercredi 24, à 9 heures, Hôtel-Dieu. — *Clinicat obstétrical* : Juges : MM. Tarnier, Pinard, Verneuil, Duplay, Tillaux. Candidats : MM. Lepage, Varnier, Demelin, Couder, Laskine. La première séance aura lieu le vendredi 26, à 9 heures, à la clinique Baudelocque. — *Clinicat des maladies mentales* : Juges : MM. Brouardel, Jaccoud, Ball, Bouchard, Debove. — Candidats : MM. Roubinovitch, Sollier, Pactet. La première séance aura lieu le mardi 30 juin, à 9 heures, à la Pitié.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours de Prosectorat.* — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. JONESCO et CHEVALIER comme prosecteurs titulaires. MM. MAUCLAIRE et NOGUÈS sont nommés prosecteurs provisoires.—Les questions posées aux épreuves orales supplémentaires ont été les suivantes : 1re série (place de titulaire) : *Utérus*, moins la structure ;— 2e série (place de provisoire) : *Voies biliaires.*

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 28 juin au Raincy. Rendez-vous à la gare de l'Est, à midi, pour le train partant de Paris à midi 45 pour la station de Gagny.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — Le Conseil académique de Paris a ouvert mardi sa première session de 1891, à la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Son ordre du jour portait l'examen des comptes de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. La commission chargée de préparer le rapport sur cette affaire est constituée.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Jassy.* — M. le Dr C. MIRON est nommé professeur titulaire de Pathologie et de Thérapeutique générales à la Faculté de médecine de Jassy (Roumanie), après concours.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Classement général et répartition dans les Services hospitaliers de MM. les Elèves internes en pharmacie, pour l'année* 1891-1892. — MM. les Elèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les etablissements de l'Administration, pour l'année 1891-1892. En conséquence, ils devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées à MM. les Elèves internes : de 2e, 3e et 4e année, le vendredi 26 juin, à trois heures, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3 ; de 1re année, le samedi 27 juin, à trois heures.

Concours du Bureau central de Médecine. — Sont déclarés admissibles aux épreuves définitives : MM. Œttinger, Lebreton, Dalché, Legendre, Gauchas, Marfan, Roger et Barier.

Concours sur le Prosectorat. — Ce concours s'ouvrira le samedi 25 Juillet à 4 heures à l'amphitéatre d'Anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin, au lieu du lundi 3 août.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — *Prix.* — La question posée pour le prix de l'hygiène de l'enfance (1000 fr.) de 1892 est : *Prophylaxie de la syphylis dans l'allaitement.* — Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1892, terme de rigueur.

AGE DU MARIAGE. — La direction des affaires médicales, en Suède, vient de dresser un rapport dans lequel elle recommande au gouvernement de reculer de deux ans (dix-sept au lieu de quinze) l'âge auquel les jeunes filles peuvent se marier (*Semaine médicale*).

EPIDÉMIE. — Il règne en ce moment dans le régiment d'infanterie de Rodez une épidémie de nature indéterminée.

L'HYGIÈNE ET LES HÔPITAUX A SAINT-PÉTERSBOURG. — En 1889, les 11 hôpitaux de la ville ont donné des soins à près de 50,000 malades, c'est-à-dire aux 5 % de la population totale de la ville. On compte en outre à Saint-Pétersbourg 42 hôpitaux entretenus par différentes institutions, une quarantaine d'infirmeries et de dispensaires, et 16 asiles d'accouchement. En général, le Conseil municipal consacre une attention toute particulière au service de la santé publique. Il a construit un filtre monstre, au travers duquel passe toute l'eau qui est distribuée dans la ville ; il assainit les quartiers populeux ; il entretient des médecins tenus de donner des soins gratuits aux indigents ; il fait visiter les pauvres pour voir ce qu'on pourrait faire pour leur venir en aide ; il crée des abattoirs et des laboratoires pour l'analyse des denrées alimentaires ; il inspecte les marchés, les arrière-boutiques, les cuisines des restaurants et des traktirs. Ce qui plaide le mieux en faveur de son activité, ce sont les chiffres du bureau de statistique. En 1881, la mortalité à Saint-Pétersbourg s'est élevée à 38.2 % ; en 1884, elle était de 31.4 % ; depuis, elle a encore continué de décroitre et, en 1889, elle a été seulement de 27.2 %. Elle a donc diminué de 20 % en dix ans. De pareils chiffres se passent de commentaires. Si seulement toutes les doumas de la Russie prenaient modèle sur celle de la capitale !

SOCIÉTÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS. — La Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer a tenu, le samedi 20 juin, l'assemblée générale de ses membres fondateurs.

La Société a distribué, en France, aux blessés des anciennes guerres et aux rapatriés des dernières expéditions ; hors de France, aux hôpitaux du Tonkin, de la Cochinchine et du Cambodge, du Sénégal et du Dahomey, 104,000 fr., soit en allocations, soit comme dons en nature. Elle a poursuivi l'organisation de 66 infirmeries de gare, décidé la création de 11 hôpitaux auxiliaires de campagne, acquis 18 baraquements mobiles pour ambulances improvisées, et multiplié les éléments principaux de ses hôpitaux permanents. Au point de vue de ses services du temps de guerre, la Société a augmenté ses dépôts de matériel d'ambulance pour une somme de 102,000 fr. Elle a développé ses cours de dames infirmières et ses écoles de brancardiers, dont une, celle de Reims, a pu récemment mobiliser, avec le concours de l'autorité militaire, à l'occasion de manœuvres d'ambulance, 208 brancardiers. Elle a, en outre de dons nombreux, porté le chiffre de ses cotisations à 300,000 fr. Son capital, abstraction faite de ses réserves de matériel hospitalier, atteint 5 millions.

L'INFLUENZA A LONDRES. — Le nombre des décès attribués directement à l'influenza la semaine dernière, dans la ville de Londres, a été de 182, sans compter 38 cas mortels dans lesquels des symptômes d'influenza avaient été constatés. Les décès résultant de maladies des voies respiratoires, sur lesquelles l'influenza exerce une influence désastreuse, ont été au nombre de 439, le double de la moyenne ordinaire. — L'épidémie est en pleine décroissance à Londres et dans le Yorkshire. De nouveaux cas sont signalés de différents côtés, mais la diffusion de la maladie est loin d'être aussi rapide qu'en janvier ou février de l'année dernière.

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — Le 17 juin, la Commission sénatoriale de l'exercice de la médecine a demandé au ministre de l'intérieur qu'il veuille bien consulter les Conseils généraux sur la question de savoir « s'il y a intérêt pour les populations de la campagne à maintenir les officiers de santé et si, en cas de suppression, le service médical serait assuré dans les campagnes. » La Commission s'est ajournée au 25 juin pour entendre les dépositions de plusieurs personnes représentant les divers groupes appartenant à la profession dentaire.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. LIOTARD, pharmacien de la marine, est chargé d'une mission d'exploration dans l'Afrique équatoriale et principalement dans le bassin de l'Oubanghi, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Excursions géologiques.* — M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste au Muséum, fera une excursion géologique publique, le dimanche 28 juin, aux falaises de la Manche, entre Boulogne et Wimille. On prendra, à Paris, à la gare du Nord, le train *spécial rapide* de 6 heures 30 min. du matin, dans lequel on sera admis, pourvu qu'on se soit inscrit au Laboratoire de géologie du Muséum, avant samedi à 4 heures et qu'on y ait versé pour tous frais d'aller et retour 8 fr. 45. On sera rentré à Paris à 11 h. 25 du soir.

SECRET PROFESSIONNEL. — La conférence des avocats de Paris s'est réunie, le lundi 22 juin, pour discuter la question suivante : *La révélation du secret professionnel cesse-t-elle d'être un délit quand le dépositaire du secret est autorisé à le divulguer par la personne même qui le lui a confié ?* La négative a été adoptée.

SECRET MÉDICAL. — Nous avons annoncé en temps voulu le procès intenté par le ministère public à M. le Dr Grechen, pour violation du secret médical à la suite de la publication d'un ouvrage dans lequel il avait donné les observations détaillées de plusieurs de ses malades. Les débats de cette affaire ont duré longtemps ; on a entendu un certain nombre de témoins à décharge, parmi lesquels nous citerons M. le Dr Freund, professeur de gynécologie à la Faculté de médecine de Strasbourg. *Malgré toutes les dispositions en sa faveur*, M. le Dr Grechen a été condamné à 500 fr. d'amende et à 8,000 fr. de dommages-intérêts envers la partie civile (*Sem. médic.*).

NÉCROLOGIE. — M. le Dr MOUZARD (de Paris), âgé de 78 ans, était depuis longtemps sujet à des hallucinations, voyant partout des ennemis imaginaires. Il a mis fin à ses jours, dimanche dernier, en s'asphyxiant à l'aide d'un réchaud de charbon Deux lettres ont été trouvées dans la chambre du défunt. Dans l'une, il demandait à sa femme pardon de la résolution funeste qu'il allait prendre ; dans l'autre, il manifestait le désir que son corps fût soumis à l'autopsie, qui a eu lieu conformément au vœu du Dr Mouzard. — On annonce la mort, à Londres, de sir Prescott Gardner HEWETT, un des plus éminents chirurgiens anglais et chirurgien particulier de la reine, qui le créa baronnet en 1883. Le défunt était président de la Société de pathologie et de chirurgie et professeur d'anatomie au Collège royal de chirurgie. Il avait fait une partie de ses études à Paris.

TROYES-SAINTE-SAVINE (Aube).— 5,000 habitants sans compter les communes environnantes. — Appartement pour médecin, à louer, le 1er octobre. — Clientèle assurée. — S'adresser à M. E. ROTHIER, 51, rue du Marché, à Neuilly (Seine).

BONNE OCCASION. — Un de nos abonnés quittant la France pour s'établir à l'étranger, céderait au prix net de 50 francs la deuxième série du *Progrès médical* (1885-1890) formant 10 volumes en très bon état. — S'adresser au bureau du Journal.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JUILLET étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs, dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de 3 0/0 prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur sera présentée à partir du **15 juillet**, *augmentée de* UN FRANC *pour frais de recouvrement. Nous les engageons donc à nous envoyer de suite leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations la bande de leur journal.

(1) Voir la description dans le *Progrès Médical*, n° 13.

Chronique des Hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique chirurgicale :* M. TERRILLON, le mercredi 13 mai à 9 heures 1/2. — *Clinique mentale* : M. Auguste VOISIN, le dimanche, à 10 heures.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Clinique médicale.* — M. le Dr BRISSAUD. Conférences cliniques tous les mercredis à 9h. 3/4. — M. le Dr MERKLEN. Tous les vendredis à 10 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BOURNEVILLE, visite du service le samedi à 9 heures. — M. CHARPENTIER, le mercredi à 8 heures 1/2. — M. DÉJERINE, le mercredi à 10 h.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Clinique chirurgicale.* M. LANNELONGUE, mercredi, à 9 h. 1/2.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — M. Albert ROBIN. Mercredi : Conférence de chimie, pathologique au laboratoire. Jeudi : Leçon clinique.

HÔPITAL TENON. — *Clinique médicale.* — M. le Dr CUFFER, jeudi et samedi à 10 h. 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*.
14, Rue des Carmes, 14

LES
FONCTIONS DU CERVEAU
(*Doctrines de l'Ecole de Strasbourg—Doctrines de l'École Italienne*)
PAR
Jules SOURY

Un volume in-8° de 464 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 8 francs ; pour nos abonnés, **6** francs.

NOUVELLES LEÇONS
SUR
LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES
Par David FERRIER
Médecin du King's College Hospital et de l'Hôpital national pour les épileptiques et les paralysés.
Traduites par ROBERT SOREL, interne des Hôpitaux.

Un beau volume in-8° de 120 pages, avec 35 figures. — Prix : **3** fr. **50** ; pour nos abonnés : **2** fr. **75**.

RECUEIL DE MÉMOIRES, NOTES ET OBSERVATIONS
Sur L'IDIOTIE
TOME I (1772—1840)
Par BOURNEVILLE
Médecin de Bicêtre.

Un beau volume in-8° de 420 pages, avec 4 planches. — Prix : **7** fr.; pour nos abonnés, prix : **5** fr.

Publications du Progrès Médical.

BOURNEVILLE — Rapport sur le projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés présenté au Conseil supérieur de l'Assistance publique. Volume in-4° de 31 — LXVII pages. — Prix : **3** francs — Pour nos abonnés. . . . . **2** fr.

MAGNAN (V.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales. — Le délire chronique a évolution systématique. Volume in-8° de 117 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr. 50.

Librairie G. MASSON.
120, Boulevard Saint-Germain.

FOURNIER (A.). — Syphilis et mariage. Volume in-8 de 430 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Rechercher par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Revues diverses; — Nécrologie.

C

D

E

F

G

M

N

Q

R

S

T

U

V

W

X

Y

Z

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.